

# ***Isolement en psychiatrie et impacts émotionnels pour le patient***

***Revue de la littérature***

Travail en vue de l'obtention du titre de  
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par  
**Tristan Keller**  
promotion 2006-2009

Sous la direction de: Catherine Cellier

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

le 5 juillet 2009



Illustration I

Illustration tirée du Fond du Bocal, Tome 2, par Poupon

## **Résumé**

Cette revue de littérature porte sur l'analyse de onze études traitant du vécu émotionnel de patients hospitalisés en institutions psychiatriques et placés en chambre d'isolement. Ceci en vue d'y dégager de potentielles déductions sur l'efficacité thérapeutique de cette mesure.

Les concepts utilisés pour éclairer les résultats obtenus sont notamment les impacts identitaires de l'hospitalisation, l'isolement en tant que tel et bien évidemment, les émotions.

A la lumière de cette analyse, il ressort que si le vécu des patients apparaît clairement comme négatif, la dimension thérapeutique de l'isolement est néanmoins identifiée de manière non négligeable. En effet, les éléments majoritairement exprimés dans le matériel d'étude sont la peur, l'aspect punitif de la mesure, la solitude et la colère. De plus, cette mesure reste majoritairement perçue comme une mesure punitive. La notion de soins est cependant reprise dans bon nombre d'articles, s'exprimant notamment par l'aspect sécurisant et apaisant de l'isolement.

A savoir que les principaux éléments mis en cause dans ce vécu difficile sont le manque de relations avec l'équipe soignante durant la mesure, et les besoins non considérés des patients.

**Mots clés :** Isolement, patients, psychiatrie, vécu émotionnel

## Remerciements

Friedrich Nietzsche affirmait *qu'une âme délicate est gênée de savoir qu'on lui doit des remerciements, et une âme grossière, de savoir qu'elle en doit.* La trivialité ne me seyant guère, je prie les personnes concernées de bien vouloir me pardonner les propos incommodants qui suivront.

Merci à ma directrice de mémoire, Catherine Cellier, pour son accompagnement enrichissant ainsi que pour sa disponibilité et sa pédagogie peu commune.

Merci à mon amie, Anne, pour son endurance vis-à-vis de mes humeurs fluctuantes et, surtout, pour sa compréhension hors du commun quant à la diminution drastique du temps qui lui fut accordé durant la rédaction de ce mémoire.

Merci à mes parents pour leur disponibilité et leur soutien infailible, et plus particulièrement à mon père, Pierre, le pourfendeur de fautes d'orthographe douteuses et de trahisons grammaticales.

Merci encore à Carole, petite sœur de cœur, pour son soutien, ses encouragements et son franc-parler absolu, source essentielle de remise en question.

De même qu'un grand merci à Blaise Rochat, qui par ses éclairages conceptuels et son savoir fut l'instigateur initial de ce travail.

Et enfin, merci à tous ceux, qui par leur amitié précieuse sauront absoudre mon isolement social consécutif et constitutif de l'élaboration de ce travail.

## Table des matières

### Résumé

### Remerciements

### Table des tableaux et des illustrations

### Introduction

<b>1. Problématique et questions de recherches .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Matériaux et méthode.....</b>	<b>11</b>
2.1 Sources de données .....	11
2.2 Critères d'inclusion .....	11
2.3 Stratégie de recherche .....	11
2.3.1 Pubmed.....	12
2.3.2 Blackwell Synergy .....	14
2.4 Grille de lecture .....	15
2.5 Caractéristiques des études .....	15
<b>3. Cadre conceptuel.....</b>	<b>16</b>
3.1 Hospitalisation et impacts sur le Moi .....	16
3.1.1 Changement culturel .....	16
3.1.2 Techniques de mortification.....	18
3.2 Isolement .....	20
3.2.1 Dimension thérapeutique .....	20
3.2.2 Dimension déontologique.....	24
3.2.3 Dimension légale.....	27
3.3 Emotions.....	29

3.3.1 Perspectives psychologiques .....	29
3.3.1.1 Postulat de James-Lange .....	29
3.3.1.2 Postulat de Cannon-Bard .....	30
3.3.1.3 Postulat de Schachter .....	30
3.3.1.4 Modèle contemporain.....	30
3.3.2 Classification des émotions.....	32
3.3.3 Finalité du processus émotionnel.....	34
<b>4. Résultats .....</b>	<b>36</b>
4.1 Stratégie de sélection .....	36
4.2 Résultats bruts .....	37
<b>5. Discussion .....</b>	<b>42</b>
5.1 Genèse d'un vécu négatif .....	42
5.2 Une efficience reconnue .....	45
5.3 Pistes d'actions .....	46
5.4 Péroration .....	48
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Références bibliographiques</b>	
<b>ANNEXES</b>	
ANNEXE A : Déclaration d'authenticité .....	I
ANNEXE B : Grilles de lecture .....	II
ANNEXE C : Synthèse transversale des qualificatifs négatifs .....	XVIII
ANNEXE D: Synthèse transversale des qualificatifs positifs .....	XXI
ANNEXE E : Référentiel de l'ANAES.....	XXIII

## **Table des tableaux et des illustrations**

### Liste des illustrations

Illustration I : Illustration tirée du Fond du Bocal, Tome 2, par Poupon .....	2
--	---

### Liste des tableaux

Tableau I : Stratégie de recherche No1 .....	12
Tableau II : Stratégie de recherche No2 .....	12
Tableau III : Stratégie de recherche No3 .....	13
Tableau IV : Stratégie de recherche No4 .....	13
Tableau V : Stratégie de recherche No5 .....	13
Tableau VI : Stratégie de recherche No6 .....	14
Tableau VII : Stratégie de recherche No7 .....	14
Tableau VIII : Classification des études par pays .....	15
Tableau IX : Exemples d'émotions mixtes .....	33
Tableau X : Nombre d'occurrences du vocabulaire à connotation positive et négative rencontré dans les études .....	36

## Introduction

L'isolement est une mesure se rencontrant dans les principaux sites hospitaliers psychiatriques de Suisse Romande. La majorité de mes formations pratiques s'étant déroulée en milieu psychiatrique, ainsi que mon activité professionnelle extrascolaire, les mises en chambre d'isolement furent nombreuses. Cette pratique fut source de multiples questionnements, en lien notamment avec le vécu des patients, alors perçu comme négatif. Et, à chaque fois, cette même question : la fin justifie-t-elle les moyens ? Un vécu difficile, ou perçu comme tel, peut-il être justifié par la recherche d'un hypothétique mieux-être du patient ?

C'est pourquoi une revue de littérature est l'option méthodologique qui fut retenue pour l'élaboration de ce travail. En effet, il s'agit ici d'objectiver des faits à grande teneur émotionnelle et qui, sur le terrain, peuvent être retenus comme véridiques, sans nécessairement avoir été éprouvés par une démarche scientifique. Or, rechercher et synthétiser dans la littérature existante des résultats ayant fait l'objet d'une analyse méthodologique rigoureuse est le moyen le plus sûr d'obtenir des informations pouvant être considérées comme scientifiquement valides ; validité pouvant hypothétiquement être biaisée par un manque d'expérience dans la recherche engageant une présence sur le terrain.

Concernant la structuration de ce travail, les diverses stratégies de recherches utilisées pour dégager les matériaux d'études, ainsi que les diverses caractéristiques de ces derniers, seront développés de manière à éclairer la démarche méthodologique déterminant ce travail. Puis, en vue d'appréhender les mécanismes émotionnels en jeu dans le processus d'isolement d'un patient, le cadre conceptuel abordera trois niveaux de structures distinctes, s'englobant « hiérarchiquement ». Toutes les mesures d'isolements thérapeutiques ont, en effet, en commun le cadre dans lequel elles s'opèrent : l'hôpital psychiatrique. Il



s'agira donc, dans un premier temps, de décrire l'impact du milieu hospitalier sur les repères identitaires du patient et dans un deuxième temps seulement, de s'intéresser au concept d'isolement, mis en lumière par l'examen de trois de ces dimensions, à savoir la thérapeutique, l'éthique et la législation helvétique. Enfin, la notion d'émotion sera analysée. Notion propre au dénominateur central de toutes mesures isolatrices, l'être humain. Les résultats dégagés dans les divers articles seront ensuite exposés, pour faire l'objet d'une discussion et d'une mise en lien avec les concepts théoriques développés.

Dans une large mesure, la visée de ce travail est donc, dans un premier temps, de dresser un portrait objectif des ressentis exprimés par les patients isolés. Objectivité qui repose sur la base de recherches répondant aux divers critères méthodologiques caractérisant un travail scientifique rigoureux. En second lieu, il s'agit de définir si ces ressentis peuvent être mis en lien avec l'efficacité thérapeutique de l'isolement. Et enfin, si les résultats le permettent, ce travail pourrait permettre de dégager des pistes d'actions possibles, propres au domaine des soins infirmiers, visant à améliorer le vécu des patients ou l'efficience de cette mesure.

## **1. Problématique et questions de recherches**

L'isolement est une mesure couramment utilisée en psychiatrie et se trouve souvent être le théâtre d'interactions tumultueuses entre les équipes soignantes et les patients. Sa récurrence dans les débats éthiques, opposant droit du patient et dimension thérapeutique, reflète une situation conflictuelle dont la pierre angulaire reste l'efficacité thérapeutique. Or, le vécu émotionnel des patients isolés, souvent retenu comme négatif, est généralement utilisé pour remettre en cause cette efficacité.

Les questions de recherche suivantes serviront donc de fil rouge durant l'élaboration de ce travail :

- 1. Quel est le vécu émotionnel des patients placés en chambre d'isolement ?*
- 2. Dans quelles mesures, à la lumière de ce vécu, des déductions sur la valeur thérapeutique de l'isolement peuvent être élaborées ?*

## **2. Matériaux et méthode**

### **2.1 Sources de données**

Pour conduire cette revue de littérature, les bases de données électroniques suivantes ont été consultées entre les mois de juillet 2008 et mars 2009 : Pubmed et Blackwell Synergy. En vue d'obtenir une liste de références de publications, les mots-clés suivants ont été introduits dans ces moteurs de recherche : *Seclusion, Coercion, psychiatry, mental health, patients, perceptions, experiences, emotions, feelings.*

### **2.2 Critères d'inclusion**

Trois critères ont été appliqués dans le tri des études dégagées par les bases de données. Premièrement, leur date de publication devait se situer entre 1994 et 2009. Le ressenti des patients placés en chambre d'isolement devait être systématiquement étudié dans chacune des études et enfin, seules les publications anglophones et francophones ont été retenues.

La majorité des études portant sur le présent sujet datant des années soixante à huitante, le premier critère s'est montré à lui seul un outil de tri draconien. Des vingt-deux écrits dégagés des bases de données, ces critères ont permis de constituer un matériel d'étude portant sur dix articles. Est ensuite venue s'ajouter une thèse scientifique non reprise par les bases de données, ce qui porta finalement le nombre de recherches à onze.

### **2.3 Stratégie de recherche**

Les tableaux ci-dessous illustrent les stratégies de recherches utilisées dans les banques de données consultées. Ils permettent de visualiser le nombre d'articles dégagés selon les combinaisons de mots-clés, ainsi que ceux retenus après l'application des critères d'inclusion.

### 2.3.1 Pubmed

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	667
AND	Psychiatric	465
AND	Emotions	22

Tableau I  
Stratégie de recherche No1

#### Nombre d'articles retenus : 4

- El Badri, S. & Mellsop, G. (2008). *Patient and staff perspectives on the use of seclusion*. Australian Psychiatry, 16 (4), 248-252.
- Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. (2003). *Staff and patient perceptions of seclusion : has anything changed ?* Journal of Advanced Nursing, 47 (1), 33-38.
- Palazzolo, J., (2004), *A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des patients*. L'Encéphale, 30 (3), 276-284.
- Stowers, C., Crane, C. & Fahy, M. (2002). *How patients and staff view the use of seclusion*. Nursing Times, 98 (42), 38-39.

---

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	667
AND	Feelings	33
AND	Patients	23

Tableau II  
Stratégie de recherche No2

#### Nombre d'articles retenus : 1

- Martinez, R.J., Grimm, M. & Adamson, M. (1999). *From the other side of the door : patient views of seclusio.,* Journal of psychosocial nursing, 97 (3), 13-22.

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	667
AND	Patients	341
AND	Experiences	17

Tableau III  
Stratégie de recherche No3

Nombre d'articles retenus : 1

- Sagduyu, K., Hornstra, R.K., Munro, S. & Bruce-Wolfe, V. (1995). *A comparison of the restraint and seclusion experiences of patients with Schizophrenia or Other Psychotic Disorders*, Missouri Medicine, 92 (6), 303-307.

---

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	667
AND	Perception	21

Tableau IV  
Stratégie de recherche No4

Nombre d'articles retenus : 1

- Holmes, D., Kennedy, S. & Perron, A. (2004). *The mentally ill and social exclusion : a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective*. Mental Health Nursing, 25 (6), 559-578.

---

	Mots-clés	Résultats
	Coercion	3832
AND	Psychiatry	819
AND	Patients	500
AND	Experiences	40

Tableau V  
Stratégie de recherche No5

Nombre d'articles retenus : 1

- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). *Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Journal of Advanced Nursing, 33 (1), 89-97.
- 

2.3.2 Blackwell Synergy

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	178
AND	Experiences	43
AND	Psychiatry	27

Tableau VI  
Stratégie de recherche No6

Nombre d'articles retenus : 1

- Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). *Seclusion : the inside story*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 276-283.
- 

	Mots-clés	Résultats
	Seclusion	178
AND	Mental health	25
AND	Psychiatry	14

Tableau VII  
Stratégie de recherche No7

Nombre d'articles retenus : 1

- Martinez, R.J., Grimm, M. & Adamson, M. (1999). *From the other side of the door : patient views of seclusio.*, Journal of psychosocial nursing, 97 (3), 13-22.

## 2.4 Grille de lecture

En vue d'analyser les différents écrits recensés et d'optimiser l'extraction d'informations, une grille de lecture a été réalisée pour chaque article considéré<sup>1</sup>. Y apparaissent le nom des auteurs, l'année de publication, le pays dans lequel fut élaborée la recherche et la langue utilisée pour sa rédaction. Viennent ensuite le devis et la question de recherche, les informations sur l'échantillon, et, concernant les aboutissements, les thèmes éventuellement abordés et les résultats.

## 2.5 Caractéristiques des études

Le tableau I classe les différents articles étudiés selon les pays dans lesquels ont été menées les études. A noter que la moitié des écrits sont issus du continent européen contre un quart pour le continent nord-américain et océanien. Comparativement, les articles de langue anglaise sont majoritairement représentés (75%), tandis que ceux de langue française ne constituent qu'un quart du matériel d'étude.

Pays	Effectif	%
France	3	25
Australie	2	16.66
Etats-Unis	2	16.66
Suède	1	8.33
Canada	1	8.33
Nouvelle-Zélande	1	8.33
Angleterre	1	8.33
Pays-Bas	1	8.33
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Tableau VIII

Classification des études par pays

---

<sup>1</sup> Grilles de lecture consultables à l'annexe B

### 3. Cadre conceptuel

#### 3.1 Hospitalisation et impacts sur le Moi

L'hôpital psychiatrique, en tant qu'institution publique, représente un terrain de développement social différent de celui dans lequel les individus évoluent habituellement. En effet, les trois champs d'activités propres à la vie sociale, à savoir le travail, la distraction et le sommeil, se déroulent habituellement en des lieux différents. Mais dès lors qu'une institution réduit ces champs en un secteur unique et impose une vie sociale collective, Goffman (1968) la définit comme totalitaire<sup>2</sup>. L'hôpital psychiatrique n'échappe donc pas à cette catégorisation. Vont alors s'opérer, au sein de l'établissement, différents processus dont les impacts sur la personne institutionnalisée seront plus que considérables (ibid.).

##### 3.1.1 Changement culturel

Un changement culturel implique une atteinte à la culture. Cette dernière est un concept qui peut prendre plusieurs sens selon le contexte dans lequel il est utilisé. Il est question ici de *l'ensemble des formes acquises de comportements, dans les sociétés humaines* (Petit Robert, 2001).

L'hospitalisation représente un point de rupture dans la vie socioculturelle du patient. En effet, ce dernier s'étant construit une culture propre à son contexte familial, est, lors de son hospitalisation, porteur de ce que Goffman (1968) nomme la *culture importée*. La conséquence directe d'une scission entre l'univers hospitalier et familial sera la série de mutations que subira cette culture. L'ampleur de ces modifications est proportionnelle à la durée du séjour

---

<sup>2</sup> Il convient de nuancer les propos de Goffman, pour qui l'aspect totalitaire d'une institution renvoie uniquement à la notion de regroupement des champs d'activité, et non à un quelconque régime politique.



en hôpital psychiatrique et le risque essentiel est celui de déculturation. En effet, en cas de prolongation importante de « l'internement », il subsiste un danger de désadaptation sociale, dynamique dans laquelle l'individu se trouve dans l'impossibilité d'user des stratégies d'adaptation habituellement liées au contexte social extrahospitalier (Goffman, 1968).

Les différentes modifications culturelles qui vont s'opérer durant l'hospitalisation sont d'ordre adaptatif. Le patient se trouvant momentanément extrait de son milieu social se verra dans l'obligation d'élaborer de nouvelles stratégies en vue de diminuer les tensions existantes entre l'univers hospitalier et domestique (ibid.). Goffman en différencie quatre : le repli sur soi, l'intransigeance, l'installation et la conversion. Alors que la première se caractérise par un effacement des interactions avec l'environnement, la seconde prend la forme d'un comportement rebelle vis-à-vis du mode de fonctionnement de l'institution. Cependant, à de rares exceptions près, cette attitude n'est souvent que transitoire, précédant alors l'une ou l'autre des formes d'adaptation. L'installation s'apparente au phénomène d'hospitalisme. L'univers hospitalier est alors substitué à l'environnement social extérieur, devenant par là même le point de repère dans la vie du patient. La dernière forme d'adaptation, la conversion, diffère de l'installation par une posture plus soumise envers l'institution et un comportement visant à s'aligner sur celui des autres patients. (Goffman, 1968). L'installé se construit un univers individuel « convenable » alors que le converti se résigne à se fondre dans la masse.

Il convient de souligner que ces différentes adaptations ne sont pas cloisonnées et linéaires. En effet, il est possible de passer d'une stratégie à l'autre, voire de composer avec l'ensemble de ces dernières. Il s'agit alors de ce que Goffman décrit comme un mélange des styles.

En définitive, les formes acquises de comportements issues de l'univers familial, la culture donc, s'avèrent, lors de l'hospitalisation, en inadéquation avec le nouvel environnement. Les changements qui vont alors s'opérer en vue de renforcer le niveau adaptatif transmueraient cette culture importée qui, lors de la sortie, pourrait s'avérer inefficace pour faire face aux différentes situations de la vie quotidienne qui ne correspondent pas à celles rencontrées dans la vie institutionnelle (Goffman, 1968.).

### *3.1.2 Techniques de mortification*

Mortification, en tant que substantif du verbe mortifier, est issu du latin *mortificacio*, de *mortis*, la mort, et de *faciere*, faire, et signifie donc littéralement faire mourir (Petit Robert, 2001). Sa signification est double. Il peut, en effet, s'agir d'une privation et d'une souffrance auto imposée en vue de racheter ses péchés et de résister à la tentation, ou de souffrances d'amour propres hétéro imposées (ibid.).

Goffman (1968) associe ce terme à la personnalité de l'individu hospitalisé et définit les techniques mortifiantes comme une série de procédés, souvent non intentionnels, visant à modifier progressivement les certitudes qu'une personne nourrit à son sujet et à celles des individus qui importent à ses yeux.

Les formalités d'admission sont une composante de ces techniques et sont elles-mêmes constituées de l'ensemble des procédés mis en place pour accueillir un patient, tels que les entretiens anamnestiques, la fouille, l'inventaire, le déshabillage, la mise en lieu sûr des biens personnels, l'installation dans les nouveaux locaux ou la communication du règlement. Ces formalités s'accompagnent souvent de sentiments de dépossession et d'humiliation et la visée, officielle ou officieuse, s'exprime finalement dans l'aspect conditionnant

et homogénéisant de ces mesures (Goffman, 1968). Cette impression de spoliation se trouve renforcée par ce que Goffman définit comme le dépouillement, qui s'applique tant aux biens matériels du patient qu'à son aspect habituel. En effet, priver un individu de ses possessions, ou en limiter leur accès, c'est ôter à ce dernier la possibilité d'avoir un contrôle sur l'image qu'il donne de lui-même et par là même atteindre un peu plus sa dimension intime et personnelle (Goffman, 1968).

Cette atteinte à l'intimité est renforcée par l'abolition de la frontière érigée entre l'homme et son environnement. L'inventaire des comportements déviants et des faits déshonorants, l'obligation de traitement, la médication forcée ou l'enfermement dans des chambres d'isolement possédant des judas sont autant d'éléments qui viennent corroborer cette violation de l'intimité et que Goffman regroupe sous le concept de contamination physique. Contamination qui renferme aussi une dimension morale. Cette dernière s'exprime notamment par le mélange d'individus issus de strates sociales distinctes, d'âge ou de races différents ou par l'abrogation des formules de politesse utilisées en société pour maintenir une distance sécurisante entre les individus (ibid).

La technique de mortification suprême est la dégradation de l'image de soi. Outre la perte des attributs identitaires, ébranlant l'image physique, cette dégradation atteint également la personnalité du patient. Elle se manifeste à travers diverses dimensions que sont la perte du sentiment de sécurité, l'obligation d'effectuer des gestes dégradants ou l'imposition d'un rythme de vie inhabituel (ibid.).

Au final, l'étymologie du mot mortification prend donc tout son sens dans le concept de techniques mortifiantes. L'individu étant soumis, lors de son hospitalisation, à diverses altérations de ses repères identitaires, l'ensemble de la

construction identitaire s'en trouve alors ébranlée et les certitudes que ce même individu s'était faites de lui-même, fragilisées.

### 3.2 Isolement

Issu de l'italien *isolato*, l'isolement se rapporte donc, stricto sensu, au fait de séparer comme une île (Petit Robert, 2001). En structure hospitalière psychiatrique, tout patient placé dans une chambre dont la porte est verrouillée et séparé de l'équipe soignante et des autres patients est considéré en isolement (ANAES<sup>3</sup>, 1998).

#### 3.2.1 Dimension thérapeutique

Un intermède étymologique permettra de mettre en lumière un aspect de l'isolement situé de part et d'autre des domaines thérapeutique et éthique. En effet, thérapeutique, ici qualificatif de l'isolement, est un adjectif issu du grec *therapeutikos*, qui renvoie à *thérapeuein*, soigner, servir (Petit Robert, 2001). Il est donc difficile de traiter des aspects éthiques et cliniques de manière distincte, en ce sens que la sphère thérapeutique de l'isolement englobe ces deux sphères d'un concept dans lequel déontologie et visée médicale s'incluent ou s'excluent mutuellement. Il est d'autant plus difficile de traiter uniquement du cadre clinique que l'efficacité de l'isolement manque d'objectivation scientifique, tout en demeurant légitime (Friard, 1998).

Ceci dit, la notion de soins est à placer au premier plan dans la définition de l'isolement, car c'est elle qui distingue une pratique médicale d'un simple enfermement (Friard, 1998). Or, assurer le soin durant la période d'isolement est un processus complexe qui demande le concours des différents intervenants

---

<sup>3</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

de l'équipe soignante, selon leurs champs de compétence et de responsabilités (ANAES, 1998).

D'un point de vue clinique, pour que l'isolement se voit qualifié de thérapeutique, il se doit de répondre à un certains nombres de critères (ANAES, 1998 ; Friard, 1998 ; Palazzolo, 2002).

En effet, en tant que mesure médicale, l'isolement se doit de posséder des indications, des contre-indications, des effets secondaires et des effets thérapeutiques (Friard, 1998). Si ces derniers, comme signalé ci-dessus, restent un principe plus qu'abstrait, les deux premiers éléments ont fait l'objet d'explicitations concrètes. Begin (1991) relève trois indications majeures justifiant la mise en place d'une mesure d'isolement :

1. Maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence
2. Outil thérapeutique en thérapie comportementale
3. Mesure d'intervention préventive lors de l'observation des signes prodromiques d'une crise.

L'APA (1985) établit quant à elle la liste, plus exhaustive, des indications suivantes :

1. Prévention d'une violence imminente du patient contre lui-même ou son entourage
2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins.
3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique
4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues
5. Utilisation à la demande du patient lui-même

Les contre-indications suivantes sont d'ordre somatique et psychique (APA, 1985) :

1. Isolement en tant que punition
2. Absence d'indications de mise en chambre d'isolement
3. Isolement aux fins de réduction de l'anxiété et de confort pour l'équipe soignante
4. Isolement lié à un manque de personnel
5. Affections organiques non stabilisées
6. Risques toxiques

A savoir que le critère *affections organiques non stabilisées* inclus l'insuffisance cardiaque, l'état infectieux, le trouble de la thermorégulation, le trouble métabolique, l'atteinte neurologique et l'atteinte orthopédique. Les risques toxiques englobent la prise de drogue, la prise d'alcool et le surdosage médicamenteux (APA, 1985).

Quant à l'aspect punitif de l'isolement, il est intéressant de noter que Palazzolo (2002) souligne son utilisation parfois positive dans certaines prises en charge comportementaliste. En effet, il permettrait au patient d'opérer une distinction entre comportement déviant et acceptable. Cependant, l'aspect négatif demeure lorsque l'isolement en tant que punition est utilisé à des fins de maintien disciplinaire, porte ouverte à diverses dérives (ibid.).

Enfin, certains facteurs de risques, qui pour Peutillot constituent des motifs de contre-indications (Friard, 1998), doivent, en cas de placement en chambre d'isolement, éveiller toute l'attention de l'équipe soignante (APA, 1985) :

1. Risque suicidaires
2. Risque d'automutilation
3. Risque de confusion
4. Risque lié au traitement
5. Risque métabolique

6. Température ambiante dans la chambre d'isolement inférieure à 19°C ou supérieure à 26°C
7. Autres risques

Au vu des risques liés à l'utilisation de l'isolement, il est primordial d'instaurer un système de surveillance adéquat, tout en veillant à ce que le protocole mis en place soit scrupuleusement respecté (ANAES, 1998).

Pour terminer, Friard (1998) reprend les neuf règles de conduite édictées par Jean-Pierre Vignat, dans le cadre de l'audit clinique de l'ANAES, visant à guider l'utilisation thérapeutique de l'isolement :

1. L'isolement est une mesure thérapeutique relevant de la compétence et de la responsabilité médicale.
2. L'isolement représente la définition et la mise en place d'un cadre thérapeutique dans lequel le rôle et l'attitude des soignants et des médecins, les procédures de surveillance et de soins ont plus d'importance que le cadre matériel lui-même
3. L'isolement a un effet protecteur. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde.
4. La baisse des stimulations liées à l'environnement et l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitation.
5. A l'inverse, le séjour en chambre d'isolement en tant qu'expérience d'isolement sensoriel peut entraîner une intensification massive de l'angoisse et la manifestation de phénomènes de morcellement ou de phénomènes de sidération.
6. Le terme isolement se rapporte à la situation du patient vis-à-vis des autres patients hospitalisés mais d'aucune façon et en aucun cas vis-à-vis de l'équipe soignante.

7. Toute mise en chambre d'isolement doit s'accompagner d'une chimiothérapie qui permette de réduire l'état d'excitation et d'angoisse ayant motivé la mesure.
8. L'information au patient doit être claire et précise, quel que soit son état clinique et son statut administratif du point de vue de l'hospitalisation.
9. Le patient et ses proches ne peuvent intégrer qu'il s'agit d'une mesure thérapeutique que si le personnel chargé de la mise en œuvre en est lui-même convaincu, et donc à peu près clair quant à sa contre-attitude vis-à-vis du patient et son attitude vis-à-vis de l'isolement.

Il ressort de ces quelques lignes que la mise en chambre d'isolement ne peut constituer, à elle seule, une mesure thérapeutique mais demande un investissement important de la part des professionnels, qui passe notamment par la mise en place d'un important processus d'accompagnement (Friard, 1998). Accompagnement notamment protocolé de manière aussi exhaustive que possible par le *référentiel de l'ANAES de mise en chambre d'isolement*<sup>4</sup> qui englobe et prend en compte l'ensemble des aspects relevés dans ce chapitre (ANAES, 1998).

### 3.2.2 Dimension déontologique

Poser la question de la légitimité éthique de l'isolement équivaldrait à ouvrir un débat qui s'étendrait bien au-delà des cadres fixés par le présent travail. Cependant, les grandes valeurs véhiculées par les codes de déontologie médicale et infirmière sont, entre autres, l'autonomie, la bienveillance, le respect des droits de l'homme et du patient (FMH<sup>5</sup>, 1996 ; CII<sup>6</sup>, 2006). Il n'est, dès lors, pas étonnant que la pratique de l'isolement questionne, interpelle et

---

<sup>4</sup> Cf Annexe C: Référentiel de l'ANAES de mise en chambre d'isolement (1998)

<sup>5</sup> Foederatio Medicorum Helveticorum (Fédération des médecins suisses)

<sup>6</sup> Conseil International des Infirmières



induit des remises en question quant à une pratique qui s'opère généralement sous contrainte.

L'ensemble des chartes éthiques consultées renvoie aux droits de l'homme (FMH, 1996 ; CII, 2006). Dans la *Déclaration universelle des droits de l'Homme*, sacro-saint pilier de toute éthique, il est stipulé que tout individu peut se prévaloir de l'ensemble des droits et libertés édictées dans ledit document, et ce peu importe la situation dans laquelle il se trouve (article 2). Or, la liberté et la sûreté de sa personne en font partie intégrante (article 3) et la torture, ou tous traitements cruels, inhumains ou dégradants sont prohibés (article 5) (ONU, 1948). Propre au domaine des soins en santé mentale, les *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*, édictés par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, reprend certains de ces articles. En outre, il y est précisé que la maladie mentale ne constitue en aucun cas un motif d'aliénation des libertés et droits fondamentaux (1<sup>er</sup> principe) et que l'aspect restrictif du traitement et de l'environnement de soins doit être le moindre possible, tout en visant la préservation et le renforcement de l'autonomie du patient (9<sup>ème</sup> principe). Quant à l'isolement, il ne doit être utilisé qu'en dernier recours, tout en veillant au maintien des conditions humaines du soin (11<sup>ème</sup> principe). De plus, chaque individu hospitalisé a droit à la liberté de communication et d'accès à l'information (13<sup>ème</sup> principe). (ONU, 1991).

Ancrer ces préceptes dans une pratique de qualité semble dès lors relever du défi, d'autant plus que l'efficacité des mesures isolatrices, au vu du manque d'études scientifiques, ne peut pas être considérée comme constitutive d'un soin de qualité (ANAES, 1998 ; Friard, 1998). Certaines dimensions proprement éthiques permettent toutefois de rechercher un certain idéal dans l'utilisation de l'isolement à des fins thérapeutiques (ANAES, 1998). **L'acceptabilité** est une dimension qui englobe le respect du patient, son confort

et son droit à l'information tandis que l'**accessibilité** doit permettre à l'individu d'être pris en charge par une équipe professionnelle et inclut également la disponibilité d'une chambre de soin, lui assurant ainsi un contexte de soin approprié et sécurisé. Le **caractère approprié** de la mesure intègre la conformité de cette dernière quant aux indications et contre-indications thérapeutiques, la conformité à la modalité d'hospitalisation et l'adéquation de la surveillance mise en place pour palier aux différents risques potentiels. La **continuité des soins** doit, quant à elle, pouvoir être assurée à tout moment et pour toute la durée de l'isolement. La **délivrance**, ou levée de la mesure, doit impérativement être prononcée dès que la situation clinique le permet. Enfin, la **sécurité du patient** doit reposer sur la gestion des risques, tant physiques que psychiques, liés au patient lui-même, à sa maladie et à la mise en œuvre de l'isolement. De plus, la **sécurité du personnel** est entièrement constitutive de la qualité des soins (ANAES, 1998).

Ces critères ne pouvant à eux seuls justifier une pratique souffrant encore d'interrogation quant à sa légitimité et à son efficacité, l'isolement ne doit être prononcé qu'à titre de mesure exceptionnelle (ibid.). Le consentement de la personne soignée doit d'ailleurs être placé au premier plan de tout acte thérapeutique et lui seul peut légitimer une mesure médicale (Commission Cantonal d'Ethique, 2004). Selon le CII (2006) il est d'ailleurs du devoir du personnel infirmier :

*De s'assurer que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devra recevoir.*

Le consentement est donc au centre des préoccupations de nombreux organes éditeurs de principes éthiques. Cependant, certaines situations exceptionnelles permettent de s'en passer (ANAES 1998, ONU, 1991).

### 3.2.3 Dimension légale

Faute de les avoir légiférés, le droit civil helvétique n'autorise actuellement pas les soins sous contrainte. Fédéralisme oblige, les cantons voulant y recourir se trouvent dans l'obligation de le prévoir expressément dans une loi cantonale, adoptée au préalable par le parlement dudit canton (Pro Mente Sana, 2008).

Or, il s'agit avant tout de définir la contrainte et, dans un second temps, de rechercher dans les textes législatifs si l'isolement en est un composant. Le Grand conseil du canton de Berne, par le biais de l'Art. 41 al. 2 de la LSP<sup>7</sup>, définit la contrainte comme suit :

*Mesures prises contre la volonté de la personne concernée afin de garantir ou d'améliorer son état de santé ou de protéger des tiers. Entrent en ligne de compte en particulier le traitement médicamenteux, l'isolement, la contention ou la limitation des contacts avec l'extérieur.*

Ce même article permet donc de placer l'isolement dans un processus de contrainte. Le canton du Jura, dans sa Loi sanitaire, définit le cadre juridique de manière quasiment équivalente. Quant aux autres cantons romands, les textes législatifs en vigueur ne permettent pas, pour l'instant, de savoir ce qu'il convient d'entendre par mesures de contrainte, mais autorise cependant leur utilisation (Pro Mente Sana, 2008). A savoir que Genève, par l'art. 50 al. 4 de sa Loi sur la Santé, proscriit toute forme d'isolement à caractère carcéral. Cette disposition est un vestige de l'ancienne loi sur la santé genevoise et trouverait sa nécessité dans le contexte de crise qu'a connue la psychiatrie au début des années septante. Les critiques virulentes qui était parfois formulées envers le système de soins en santé mentale poussèrent alors les législateurs genevois à

---

<sup>7</sup> Loi sur la santé publique

formuler des mesures juridiques formelles. Le caractère carcéral sous-tend ici tout aspect disciplinaire de l'enferment (Hatam, 2009).

Malgré ces carences conceptuelles, les différents textes relatifs aux lois cantonales sanitaires permettent néanmoins de broser un portrait homogène légiférant l'utilisation des mesures de contrainte. Au vu du précédent paragraphe, il semblerait tout à fait pertinent d'y inclure l'isolement. L'ensemble des circonscriptions romandes interdit, en principe, l'utilisation de toutes mesures de contrainte à l'encontre des patients<sup>8</sup> (LS 1995, LS 1996, LS 1999, LS 2006 & LSP 1985). A titre exceptionnel donc, et après discussion avec le patient et son réseau sanitaire et privé, l'utilisation de telles mesures peut être imposée par l'autorité médicale, à condition (ibid.):

- que des mesures moins restrictives aient échouées ou n'existent pas
- que le comportement du patient présente un danger grave pour lui-même ou pour son entourage.

A noter que les législateurs fribourgeois ont décidé d'autoriser la mesure de contrainte si le comportement du *patient perturbe gravement l'organisation et la dispensation des soins* (LS, 1996). Par extension donc, toutes autres utilisations, notamment punitive, commodataire ou comportementale, sont formellement proscrites par la loi (Pro Mente Sana, 2008).

En conclusion, la complexité du système juridique helvétique en matière de santé ne saurait, *a priori*, que renforcer un flou autour d'une mesure dont la légitimité éthique et l'efficacité clinique souffrent déjà de remises en question fort nombreuses.

---

<sup>8</sup> Sont réservés, dans chaque recueil cantonal, le droit pénal et civil en mesure de sûreté et les privations de liberté à des fins d'assistance.

### 3.3 Emotions

Le mot émotion est issu du latin *emovere*, qui signifie *ébranler* ou *mettre en mouvement*, et représente un état de conscience brusque et momentané, accompagné de troubles physiologiques (Petit Robert, 2001). Le sens de cette notion étiologique prendra tout son sens dans les sous-chapitres suivant cet aparté linguistique.

#### 3.3.1 Perspectives psychologiques

L'écrivain Pierre Louÿs affirmait qu'«une phrase bien dite est celle dont on ne saurait enlever une syllabe sans en fausser la mesure». Cette citation pourrait s'étendre au concept émotionnel, car couvrir l'ensemble des théorisations de l'émotion reviendrait à remonter à l'époque platonicienne et à se pencher sur les points de vue d'innombrables philosophes tels que Platon, Aristote, Kant ou Spinoza, entre autres. Cependant, Coon (1994) propose d'aborder cette conceptualisation à travers 4 sphères théoriques, possédant chacune leurs éminents représentants.

##### 3.3.1.1 Postulat de James-Lange

En 1880, le psychologue William James fut le premier à théoriser le concept émotionnel à la lumière de la psychologie. Il tendit à considérer l'émotion comme un sentiment subjectif résultant d'une co-activation physiologique et comportementale (Coon, 1994 ; Luminet, 2002). Carl Lange, de manière totalement indépendante, parvint aux mêmes conclusions en 1885. (Luminet, 2002). Un stimulus déclencherait, de manière concomitante, une série de modifications physiologiques et un comportement visant à s'adapter à la situation nouvelle. L'émotion serait donc le résultat de la conscientisation,

par l'individu, de cette série de modifications physiologiques et comportementales (Coon, 1994). Chaque émotion pourrait, dès lors, être catégorisée selon les réactions physiologiques qui lui sont propres (Luminet, 2002). Il convient donc de différencier l'expérience émotionnelle de l'émotion, la deuxième étant la finalité de la première.

#### *3.3.1.2 Postulat de Cannon-Bard*

En 1932, Walter Canon et Phillip Bard, tous deux physiologistes, réfutent certains tenants de la théorie de James et Lang (Luminet, 2002). A la suite d'un stimulus, le cerveau déclencherait de manière simultanée des modifications physiologiques, un comportement adaptatif et un sentiment subjectif, l'émotion (Coon, 1994). Dans une perspective temporelle, l'émotion ne peut donc pas être dissociée de l'expérience émotionnelle.

#### *3.3.1.3 Postulat de Schachter*

C'est en 1971 que le psychologue Stanley Schachter ouvre la voie à une conceptualisation cognitive de l'émotion (Luminet, 2002). Face à stimulus, l'activation des modifications physiologiques et l'interprétation de ces dernières par l'individu engendreront l'émergence synchronique *d'un comportement adaptatif* et d'une émotion. Cette dernière ne peut donc se manifester qu'à la condition *sine qua non* que l'expérience émotionnelle présente une dimension cognitive (Coon, 1994).

#### *3.3.1.4 Modèle contemporain*

A la lumière de ces trois concepts, il est aujourd'hui possible de dépeindre un portrait contemporain du processus émotionnel (Coon, 1994).

Frijda, Lang et Sherer, tous trois psychologues, proposent de concevoir l'émotion en tant que système. Ce dernier serait la résultant d'une association de trois composantes (Luminet, 2002) :

1. Les réactions cognitives et expérientielles d'un individu
2. Ses réactions comportementales et expressives
3. Ses réactions physiologiques

La première de ces composantes réactionnelles renvoie naturellement à la cognition et à l'expérience. Elle est, elle-même, constituée de différentes phases : *l'évaluation de la situation imprévue, ou stimulus, la préparation à l'action et enfin l'expérience subjective qu'en fait un individu* (Luminet, 2002). Evaluer une situation revient à traiter différentes informations : la nouveauté de la situation, son aspect attirant ou repoussant, sa valeur vis-à-vis des buts poursuivis, la capacité de contrôle de l'individu, et enfin *la comparaison de cette situation avec des normes internes ou externes* (Rimé & Sherer, 1989). Cette phase évaluative prépare donc l'individu à agir en vue de répondre une situation donnée. Le spectre d'action de l'individu tendra vers la fuite ou vers l'attaque (Coon, 1994), notion que Luminet (2002) reprend sous les termes d'évitement et de confrontation. Selon la perspective darwinnienne, ces deux pôles de comportements adaptatifs contribuent à la survie d'un individu et sont le fruit d'un long processus évolutifs (Coon, 1994, Luminet, 2002, Rimé & Sherer, 1989). Enfin, le dernier principe de la sphère cognitivo-expérientielle s'exprime à travers l'expérience subjective que se fait un individu vis-à-vis d'un changement mental distinct de ses états mentaux coutumiers (Luminet, 2002).

Les réactions comportementales et expressives incluent l'ensemble des expressions faciales exprimées par une personne, ses praxies et son attitude posturale (ibid.). Toujours dans une conceptualisation darwinnienne de

l'émotion, cet aspect émotionnel serait un vestige d'anciens comportements, qui s'expriment actuellement indépendamment de leur utilité<sup>9</sup> (Luminet, 2002).

Pour terminer, les changements physiologiques se focalisent sur la totalité des modifications déclenchées par le système nerveux sympathique (Coon, 1994 ; Luminet, 2002). L'ensemble de ces changements tend à augmenter les chances de survie d'un individu, confortant ainsi la thèse évolutive et adaptative de l'émotion (Coon, 1994 ; Luminet, 2002). Les exemples sont nombreux ; en cas de forte émotion, le sucre libéré dans le sang est un apport crucial en énergie, l'augmentation du rythme cardiaque accroît la quantité de sang distribuée aux muscles, la rétractation des pupilles augmente les capacités visuelles et la vasoconstriction périphérique diminue les risques de saignement en cas de blessures (Coon, 1994).

En schématisant à l'extrême, une émotion serait une expérience durant laquelle un individu, confronté à un stimulus, opèrerait une série de réactions couvrant l'évaluation souvent inconsciente de la situation, la mise en place d'expressions et de comportements adaptatifs, des changements physiologiques visant à préparer le corps à l'action et enfin le vécu de l'ensemble de ces réactions comme expérience subjective (Luminet, 2002). L'action découlant de ce processus est ensuite soumise à une nouvelle évaluation quant à son adéquation adaptative (Cosnier, 1994)

### *3.3.2 Classification des émotions*

Le fait de catégoriser les émotions en raison de leurs implications désagréables ou agréables pour l'individu remonte à la théorisation de James et

---

<sup>9</sup> Luminet (2002) cite l'exemple du ricanement, généralement associé au mépris. Se définissant comme une exhibition de la mâchoire supérieure, ce comportement s'avèrerait être un vestige du grognement animal qui, par cette posture, s'apprêterait à mordre son adversaire



Lang (Luminet, 2002). Différentes nuances ont, depuis lors, été proposées, et ce par différents auteurs. Sous formes de consensus scientifique, un certain nombre d'émotions dites fondamentales ont été dégagées en fonction d'une triade « symptomatiques » leur étant spécifique (Cosnier, 1994):

1. Leurs éprouvés
2. Leurs expressions comportementales
3. Leurs manifestations physiologiques.

Ekman différencie six émotions qu'il qualifie de fondamentales : la colère, la peur, la surprise, le dégoût, la joie et la tristesse (Luminet, 2002 ; Cosnier, 1994). Pour lui, les caractéristiques permettant d'étiqueter une émotion comme fondamentale sont au nombre de neuf (Cosnier, 1994). Dans un premier temps, toutes les émotions de base possèdent un caractère expressif reconnu par l'ensemble des cultures et peut donc être taxé d'universel (1). Spécificité qui s'étend aussi à chaque déclencheur émotionnel (2). Les expressions véhiculées par les émotions de base sont comparables entre l'espèce humaine et les primates (3). Les manifestations physiologiques sont spécifiques à chaque émotion de base (4) et l'expression émotionnelle est cohérente quant à l'émotion elle-même (5). Le déclenchement émotionnel est rapide (6) et spontané (7), sa durée courte (8) et son processus automatique (9), à savoir que son contrôle outrepassse le domaine de la raison et du volontaire.

Plutchik, quant à lui, alambiqua ce concept en 1980. Outre le fait d'ajouter deux émotions au pattern d'Ekman, soit l'acceptation et l'anticipation, il attribua à chacune d'elle différents degrés d'intensité<sup>10</sup> et la capacité de se combiner en paire afin de former une émotion tierce<sup>11</sup>, ou mixte (ibid.) .

---

<sup>10</sup> Sur l'échelle d'intensité, du plus faible au plus accru, on retrouve par exemple l'agacement, la colère et la rage (Coon, 1994).

<sup>11</sup> L'ensemble des huit émotions fondamentales peuvent se lier l'une à l'autre (Cosnier, 1994)

Emotions fondamentales	Joie	Optimisme	Emotions mixtes
	Anticipation	Agression	
	Colère	Mépris	
	Dégoût	Remord	
	Tristesse	Déception	
	Surprise	Frayeur	
	Peur	Soumission	
	Acceptation		

Tableau IX

Exemples d'émotions mixtes, résultantes de la combinaison d'émotions fondamentales (largement inspiré de Coon (1994).)

Larivey (2002) conceptualise les émotions de base de manière différente en les liant de manière intime aux besoins de l'individu. Ces émotions, dites simples, sont beaucoup plus nombreuses et sont, dans un premier temps, scindées en positives ou négatives, indiquant respectivement le comblement ou non d'un besoin. Au sein de ces deux subdivisions, s'opère une catégorisation selon que les émotions se rapportent au besoin de la personne<sup>12</sup>, au responsable, entendu ce qui favorise ou nuit à la réalisation du besoin<sup>13</sup>, et à l'anticipation, qui correspond aux réactions potentielles de la personne vis-à-vis de la situation<sup>14</sup> (Larivey, 2002).

### *3.3.3 Finalité du processus émotionnel*

Une émotion, y compris l'ensemble du processus qui la sous-tend, est donc, avant tout, une tentative adaptative face à une situation imprévue

<sup>12</sup> Par exemple: joie, euphorie, plaisir, delectation, amertume, tristesse ou ennui (Larivey, 2002)

<sup>13</sup> Par exemple: adoration, tendresse, colère, dégoût, rage ou haine (Larivey, 2002)

<sup>14</sup> Désir, énervement, envie, effroi, peur ou épouvante (Larivey, 2002)

(Cosnier, 1994 ; Luminet, 2002). Tout déclenchement émotionnel repose sur l'évaluation de la pertinence de ladite situation en regard des intérêts d'un individu (Cosnier, 1994). La nature de ses intérêts recouvre trois sphères différentes qui sont d'ordre personnel, relationnel ou social (ibid.). Par personnel, il convient d'entendre ce qui a trait à l'intégrité physique et psychique d'une personne et qui englobe les aspects de protection, de satisfaction des besoins et de sauvegarde de soi. Relationnel renvoie à l'ensemble des rapports fondamentaux régissant la cohésion des groupes sociétaux. La dimension sociale transcende l'aspect relation en ce sens qu'elle désigne le respect des normes, de la justice et des rites constitutifs de l'ordre social (Cosnier, 1994). Ledit déclenchement émotionnel sera donc amorcé si tant est qu'une situation soit jugée comme favorisant ou défavorisant ces intérêts (ibid.). La préparation à l'action et l'action, toutes deux caractéristiques du processus émotionnel, tendent donc à s'adapter à une situation en vue de maintenir intacts les intérêts de l'individu (Rimé & Scherer, 1989 ; Coon, 1994 ; Cosnier, 1994 ; Luminet 2002).

Comme développé dans le chapitre précédent, une émotion, à supposer qu'elle soit conscientisée et reconnue, est également d'ordre indicatif en ce sens qu'elle permet à un individu de s'informer sur l'état et la nature de ses besoins, sur ce qui favorise ou nuit à leur réalisation et sur les réactions de l'individu quant à leur hypothétique satisfaction.

Enfin, il semblerait que les émotions, et plus particulièrement leur composante expressive, influence de manière considérable nos interactions sociales (Luminet, 2002). Véritable guide dans ce domaine de la vie quotidienne, les émotions, qui s'expriment notamment à travers nos expressions faciales, permettent d'informer autrui quant aux dispositions d'un individu envers son environnement social (ibid.) et sont à la base de toutes relations à l'autre. (Cosnier, 1994).

## 4. Résultats

### 4.1 Stratégie de sélection

Au vu de la richesse et de la variété des résultats décrits par les différentes études<sup>15</sup>, et par souci méthodologique, seuls les résultats représentatifs seront examinés en détail pour cette revue de littérature. De manière générale cependant, les onze études retenues permettent de dégager l'utilisation de 93 qualificatifs utilisés par les patients pour décrire leurs ressentis vis-à-vis de l'isolement. 58 d'entre eux (62%) servent à exprimer une expérience négative. Quant à leurs occurrences respectives au sein des différents articles, le tableau ci-dessous permet d'établir une comparaison entre l'utilisation d'un vocabulaire décrivant les aspects négatifs et positifs du vécu des patients.

	Occurrences du vocabulaire positif	Occurrences du vocabulaire négatif
Sagduyu & all. (1995)	3	4
Martinez & all. (1999)	8	9
Meehan & all. (2000)	3	12
Olofsson & Norberg (2000)	2	10
Stowers & all. (2000)	7	3
Meehan & all. (2003)	5	3
Palazzolo (2004)	12	14
Hoekstra & all. (2004)	1	6
Holmes & all. (2004)	1	11
Mouillerac (2007)	9	11
El-Badri & Mellsop (2008)	4	16

Tableau X

Nombre d'occurrences du vocabulaire à connotation positive et négative rencontré dans les études

---

<sup>15</sup> Les tableaux synthétisant de manière transversale les expériences rapportées dans le matériel d'étude sont consultables dans les annexes C et D.

Chez 82% des auteurs (n=11), l'utilisation d'un vocabulaire à connotation négative est donc supérieure à celui servant à connoter une expérience positive.

#### 4.2 Résultats bruts

La **peur** est l'élément qui est exprimé dans le plus grand nombre d'articles (73% ; n=11). L'élément causal de cette émotion n'est pas toujours défini dans les études, mais peut être mis en lien avec d'autres résultats. Olofsson & Norberg (2000) relèvent par exemple que celle-ci est générée , chez plus de la moitié des patients, par un **manque de contact avec l'équipe soignante**. Ce manque de contact, ou de conversation, est relevé par plus d'un quart des auteurs, dont l'un d'entre eux avance un chiffre de 63% des patients exprimant cette notion (Sagduyu & all., 1995). Chez Mouillerac (2007), le pourcentage de patients évoquant la peur (55% ; n=11) est identique à celui des patients ressentant une sensation **d'enfermement** durant la période d'isolement. Cette peur se retrouve, selon Martinez & all. (1999) chez 60% des patients adultes, alors que le sentiment de **vulnérabilité** est exprimé par 69% de ces patients. Palazzolo (2004), remarque que cette émotion tend à diminuer, et même à disparaître, après le premier jour d'isolement. Si ce sentiment décroît au fil du temps, l'effet **sécurisant** de la mesure, lui, augmente de manière significative, pour passer de 0% des patients au premier jour, à 17.5% d'entre eux au troisième jour d'isolement. Cette notion de sécurité est le qualificatif positif le plus présent chez les auteurs (45% ), bien que minoritairement nommé par les patients. Le pourcentage le plus élevé étant présent chez Martinez & all. (1999), chez qui, 30% des patients se disent en sécurité durant la mesure isolatrice. Le sentiment d'insécurité reste toutefois présent dans la

moitié du matériel d'étude, notamment généré par une violation de l'intégrité, un sentiment de chaos et de déshumanisation (Olofsson & Norerg, 2000).

La conception de l'isolement comme une mesure **punitive** est une autre notion se retrouvant dans plus de la moitié du matériel d'étude (55%). Si le nombre d'article y faisant référence est moindre que pour la sensation de peur, le pourcentage de patient l'exprimant est, quant à lui, bien plus élevé. En effet, Meehan & all. (2003), retrouvent cette perception de punition chez 92% des patients interrogés. Ce pourcentage est moindre chez Martinez & all. (1999), qui fait tout de même état de 79% des patients adultes exprimant cette perception. Selon Olofsson & all. (2000), ce sentiment est exprimé par plus de la moitié des patients ; sentiment directement mis en lien avec l'infraction des règles propres au service de soins. Ce lien causal entre punition et comportement inadéquat est aussi relevé par Meehan & all. (2003), chez qui les patients interrogés lient l'isolement avec les raisons suivantes :

1. Refus d'activité programmées (96% des patients)
2. Patient excité ou hors de contrôle (96% des patients)
3. Patient ayant frappé l'équipe soignante (96% des patients)
4. Casse du matériel (84% des patients)
5. Risque de fugue (71% des patients)
6. Refus de médication (68% des patients)
7. Comportement sexuel inapproprié (64% des patients)
8. Patient insultant (64% des patients)
9. Patient hurlant ou bruyant (60% des patients)
10. Patient dérangeant les autres durant la nuit (60% des patients)

Il convient d'ajouter qu'El-Badri (2008) avance que plus de la moitié des patients font part de leur **incompréhension** quant au but de la mesure et que

pour la majorité des patients interrogés par Olofsson & all. (2000), cette dernière est **imposée**, ne **responsabilise aucunement** le patient et est utilisée pour **faciliter le travail de l'équipe soignante** et la **sécuriser**. Sagduyu & all. (1995), remarque que 73% des patients expriment des **ressentis négatifs envers l'équipe soignante**.

A noter que chez deux auteurs, les notions de **colère** et de punition sont intimement liées, puisque Mouillerac (2007), avance un pourcentage identique de patients exprimant ces deux éléments (36%), tandis que chez Meehan & all. (2003), la colère se retrouve chez 98% des patients interrogés. A noter qu'elle est dirigée, ici, envers l'équipe soignante. Globalement, cette émotion se retrouve dans 36% des études. Une nouvelle fois, Palazzolo (2004) permet de dégager un phénomène de décroissement quant aux patients exprimant ce sentiment; 40.3% des patients au premier jour d'isolement, 9% d'entre-eux au deuxième jour et enfin, 0% au troisième jour. De plus, l'effet **apaisant** de l'isolement est lui même constitutif de 36% des articles et exprimé par les patients de manière plus importante que la colère, à raison de 98% des patients chez Meehan & all. (2003) et de 81% chez Mouillerac (2007). Sentiment qui, toujours selon Palazzolo (2004), augmente au fil des jours passés en isolement : alors qu'aucun patient ne se sent apaisé au premier jour, le pourcentage de ces derniers au deuxième jour est de 7.5% et de 28.4% au troisième. La **frustration** est évoquée par 98% des patients participant à l'étude de Meehan & all. (2003) alors que 69% des patients adultes rencontrés par Martinez & all. (1999) se sentent **dévalorisés**.

Cependant, la **notion de soin** se retrouve dans plus du tiers du matériel d'étude, notamment à raison de 66% des patients dans l'article de Meehan & all. (2003). Comme abordé précédemment, cette même étude faisait pourtant état de 92% des patients ressentant un rôle punitif dans l'utilisation de l'isolement. Martinez retrouve cette notion de soins chez 56% des patients. Selon Mouillerac (2007)

cependant, 82% des patients réfutent cette reconnaissance du soin et 54% la taxe **d'inutile**. Cet aspect thérapeutique de l'isolement peut englober plusieurs aspects. **L'efficacité** est reconnue, selon Stowers & all. (2000), par l'ensemble des patients (100%) et admise comme **nécessaire, acceptable** et **justifiée** par 82% d'entre eux. Plus de la moitié des patients interrogés par Sagduyu & all. (1995) mettent en avant le rôle normalisant de l'isolement. De plus, selon Meehan & all. (2003) 88% des patients reconnaissent l'isolement comme une mesure **favorisant l'expression**, tandis que pour Mouillerac (2007), 54% d'entre eux affirment qu'il **renforce l'alliance thérapeutique** avec l'équipe soignante.

La **solitude** est exprimée par les patients de 5 études (45%), à raison de 66% chez Mouillerac (2007) contre seulement 6% au deuxième jour d'isolement chez Palazzolo (2004), alors qu'elle n'est ni présente au premier jour, ni au troisième. Selon Oloffson & all. (2000) et Holmes & all. (2004), **l'abandon** est exprimé par plus de la moitié des patients. **L'angoisse** et **l'impuissance** sont, quant à elles, constitutives de 36% du matériel d'étude. Selon Mouillerac (2007) la première est exprimée 54% des patients, tandis que Stowers & all. (2002) avance un chiffre de 83%. L'impuissance se retrouve chez la majorité des patients selon El-Badri & all. (2008). Palazzolo (2004) remarque qu'elle disparaît dès le deuxième jour d'isolement.

La **tristesse** est présente dans plus d'un quart des études (27%), et trouverait son paroxysme au deuxième jour d'isolement (Palazzolo, 2004). Ce même pourcentage (27%) est attribué à **l'ennui** et au sentiment d'être **négligé**. Selon Mouillerac (2007), 72% des patients expriment cet ennui, tandis que la négligence se retrouve chez la moitié des patients interrogés par El-Badri & all. (2008) et par 61.7% de ceux de Martinez & all. (1999). Un **mal-être** et des **tensions internes** sont reconnus par la grande majorité (72%) des patients rencontrés par Mouillerac (2007). Le premier de ces éléments, ainsi qu'une



**perte de contrôle**, sont cités, selon Martinez & all. (1999), par plus de la moitié des patients adultes. Le stress occasionné par la mesure isolatrice est exprimé par l'ensemble des patients participant à l'étude d'El-Badri & all. (2008).

## 5. Discussion

Les éléments dégagés du matériel d'étude permettent de mettre en valeur l'immense complexité qu'engendre l'utilisation de l'isolement comme mesure thérapeutique. En vue de comprendre l'ensemble des processus en jeu dans l'isolement, il convient donc de dépasser cette vision dichotomique, visant à opposer vécu du patient et efficacité thérapeutique, ces deux notions ne s'excluant pas mutuellement. En effet, si toutes les études font états de ressentis négatifs durant la période d'isolement, il ressort aussi de l'ensemble de ces dernières que certaines particularités propres à l'efficacité thérapeutique sont reconnues par les patients.

### 5.1 Genèse d'un vécu négatif

L'équipe soignante tient un rôle clé dans la mise en place d'une mesure d'isolement. Les soignants se doivent d'assurer une présence constante et une surveillance conforme au référentiel de l'ANAES (1998)<sup>16</sup>, notamment pour potentialiser le rôle hypostimulant de l'isolement (Friard, 1998). De plus, à aucun moment, le patient ne doit se sentir isolé de l'équipe soignante (ibid.) Or, il ressort des études que les patients se plaignent principalement du manque de contact avec l'équipe soignante et cette constatation est directement à mettre en lien avec l'apparition d'émotions comme la peur, l'angoisse, la colère ou la solitude (Sagduyu & all., 1995 ; Olofsson & Norberg, 2000 ; Meehan & all., 2000 ; Meehan & all., 2003). L'ensemble des études ne spécifiant pas la fréquence des visites de l'équipe soignante, il est difficile d'émettre autre chose que des hypothèses à cet égard.

---

<sup>16</sup> Se référer à l'Annexe B

Cependant, Larivey (2002) affirme que la colère est une émotion qui se dirige vers tout objet, personnes incluses, inhibant la réalisation des besoins d'un individu. La tristesse et l'ennui se rapportant, selon elle, au besoin lui-même. Enfin, la peur est une émotion ayant un lien avec l'anticipation que se fait une personne vis-à-vis de la réalisation de son besoin (ibid.). Cette notion de besoin, ou d'intérêt, est au centre du processus émotionnel et de l'émergence d'émotions dites négatives (Larivey, 2002 ; Luminet, 2002). Or, les besoins insatisfaits sont constitutifs de plusieurs études. Ceux-ci peuvent impliquer directement la personne isolée, comme la nourriture, l'hygiène ou la sécurité (Holmes & all., 2004) ou plus simplement des éléments environnementaux, comme la présence d'une horloge, de musique, de papier ou de crayons (Martinez & all., 1999). Ces besoins englobent aussi des éléments précédant l'isolement, comme la mise à disposition d'un espace sans porte close, dans lequel il serait possible de se rendre de son plein gré pour se calmer, se détendre ou faire baisser l'angoisse (ibid.). De plus l'isolement est parfois considéré comme une mesure utilisée au détriment du temps pour l'écoute et la discussion (Olofsson & Norberg, 2000). Meehan & all. (2000) relèvent par exemple que la peur ressentie par les patients est générée par le manque de discussion avec les soignants et l'impossibilité de se défendre avant la mise en chambre verrouillée.

L'aspect punitif de la mesure est un élément récurrent dans les études. L'APA (1985) érige pourtant cet aspect comme une contre-indication majeure dans l'utilisation de l'isolement et la loi suisse le proscrit de manière formelle (Pro Mente Sana, 2008). Seul Palazzolo (2004), fait état d'utilisation de l'isolement à des fins punitives comme favorisant potentiellement l'émergence de comportements adéquats, si tant que la visée n'est pas le maintien disciplinaire. Il paraît toutefois difficile de dégager des éléments concrets pouvant induire ou non une perception punitive de l'isolement. Il semble de plus évident que la

punition, en tant que perception, dépend grandement de l'évaluation d'un contexte situationnel que se fait un patient. Or, l'évaluation cognitive d'une situation sous-tendant tout processus émotionnel (Cosnier, 1994) et la colère étant parfois rattachée à cet aspect punitif (Meehan & all., 2003 ; Mouillerac, 2007), il serait nécessaire de situer l'influence de l'équipe soignante vis-à-vis de ce processus ; Le manque de communication avant et durant la mesure pouvant à nouveau être mise en cause.

De plus, la notion de punition étant, entre autre, rattachée à l'infraction des règles propres au service de soins (Meehan, 2003), il convient de ne pas perdre de vue les propos de Goffman (1968) qui relevait que, face à la rupture socioculturelle que représente l'hospitalisation, un patient possède le choix entre quatre stratégies adaptatives, dont l'intransigeance. Cette dernière se caractérisant par des comportements rebelles vis-à-vis des modes de fonctionnement de l'institution. Ces comportements insoumis menant à l'instauration d'une mesure isolatrice peuvent se reproduire durant cette période de « détention ». Holmes & all. (2004) relèvent que les comportements clastiques, les expressions colériques ou les attitudes résistantes vis-à-vis des consignes sont autant de stratégies de coping pour les patients et peuvent parfois se révéler des sources d'interaction avec l'équipe soignante.

Enfin, concernant l'aspect punitif de l'isolement, Friard (1998) rappelle qu'il est primordial, pour que le patient puisse intégrer qu'il s'agisse d'une mesure thérapeutique, que le personnel chargé de la mise en œuvre en soit lui-même convaincu et donc à peu près clair quant à sa contre-attitude vis-à-vis du patient et son attitude vis-à-vis de l'isolement. Si Meehan & all. (2003) affirment que cela est globalement le cas, ils relèvent cependant quelques faits marquants :

- 93% du personnel soignant se sent parfois/souvent en sécurité en enfermant le patient (sentiment reconnu par 92% des patients)

- 86% du personnel soignant est parfois/souvent satisfait qu'aucune autre alternative n'ait fonctionné (sentiment reconnu par 84% des patients)

Au final, le manque de présence de l'équipe soignante auprès du patient, ainsi que les espaces de discussions créés entre ces deux intervenants revêtent une importance primordiale dans l'émergence de ressentis négatifs par les patients. Il est, de plus, intéressant que constater que la plupart des besoins exprimés par les patients interrogés n'ont rien d'irréalisable, alors qu'ils pourraient expliquer à eux seuls l'émergence d'une majorité d'émotions négatives.

## 5.2 Une efficacité reconnue

Comme développé dans le cadre conceptuel, l'efficacité de l'isolement constitue le fer de lance de deux concepts : la dimension thérapeutique et la déontologie.

Begin (1991) rappelle que les indications thérapeutiques de l'isolement sont, entre autres, la maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence, ainsi qu'une intervention préventive des signes prodromiques d'une crise. La diminution des stimulations est avancée, quant à elle, par l'APA (1985). Or, outre la notion de soins reconnue en tant que telle, les patients interrogés ont aussi exprimé les effets apaisants et soulageant de l'isolement (Meehan & all., 2000 ; Palazzolo, 2004 ; Mouillerac, 2007 ; El-Badri & Mellsoy, 2008). De plus, il paraît pertinent de rappeler que pour deux auteurs, l'efficacité de la mesure fut exprimée par une grande majorité de patient, voire par l'ensemble de ces derniers (Martinez & all., 1999 ; Stowers & all., 2000).

Bien que souffrant d'un manque d'observation, certaines règles de conduite de Jean-Pierre Vignat, édictées dans le cadre de l'audit clinique de l'ANAES (1998), permettent de mettre en lumière cette « valorisation » de l'isolement.

Le quatrième critère, se rapportant à la baisse des stimulations, peut être mis en lien avec le précédent paragraphe. Et même si le manque de présence de l'équipe est majoritairement exprimé, certains patients ont tout de même manifesté le fait de s'être sentis soutenus (El-Badri & Mellsop, 2008). La troisième de ces règles stipule que l'isolement a un effet protecteur et que son rôle contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde. Or, les aspects sécurisant et protecteur sont au premier plan des qualificatifs positifs relevés dans les études (Martinez & all., 1999 ; Stowers & all., 2000 ; Meehan & all., 2000 ; Palazzolo, 2004 ; El-Badri & Mellsop, 2008). Bien que moindrement identifiés, le contrôle et le rôle rassemblant de l'isolement sont aussi constitutifs du matériel d'étude (Martinez & all., 1999 ; Mouillerac, 2007).

Les préceptes éthiques de l'ANAES (1998) visant à la recherche d'un idéal dans l'utilisation de l'isolement sont : l'acceptabilité, l'accessibilité, le caractère approprié, la continuité des soins, la délivrance, la sécurité du patient et la sécurité du personnel. Or, si l'aspect sécurisant et protecteur n'est plus à démontrer ici, il ressort de ces études que l'isolement peut être considéré comme nécessaire et justifié par les patients (Sagduyu & all., 1995 ; Meehan & all., 200 ; Stowers & all., 2000 ; Olofsson & Norberg, 2000).

Enfin, il est intéressant de constater que la liberté, principe fondamental des droits de l'homme et du patient (ONU, 1948 & 1991) n'est remise en question dans aucune étude.

### 5.3 Pistes d'actions

Le manque de présence des soignants auprès des patients isolés étant clairement exprimé dans le matériel d'étude, il conviendrait de rechercher des

issues tenant compte du patient lui-même, mais aussi des divers impératifs, tant structurels qu'économiques, imposés aux infirmiers. Il ne s'agit pas d'isoler le patient du soin, et implicitement donc de l'équipe, mais bien de toutes sources perturbatrices. La présence de cette équipe est donc primordiale et devrait en tout temps pouvoir être assurée. Des espaces de discussion pourraient être élaborés et, si l'état du patient ne permet pas un contact physique, la présence de plexiglas troués pourrait palier à ce problème. De manière générale, l'application du référentiel de l'ANAES et l'observance des différentes indications, contre-indications et règles de conduites exposées dans ce travail, pourrait représenter une assurance d'un soin de qualité, ou tout du moins constituer un garde-fou visant à potentialiser l'utilisation correcte de l'isolement comme mesure thérapeutique.

Les besoins étant directement impliqués dans l'émergence d'émotions négatives, il pourrait être judicieux de permettre au patient de les exprimer clairement, à travers des entretiens planifiés à cet effet. Dans l'idéal, ceux-ci devraient être conduits, si les conditions contextuelles le permettent, avant l'application de la mesure, durant son déroulement et enfin à sa levée, constituant ainsi un débriefing utiles à toutes les parties concernées. Cela permettrait de trouver divers compromis entre besoins exprimés par le patient et impératifs susmentionnés, mais surtout d'éviter à l'équipe soignante de se placer comme inhibitrice desdits besoins.

Enfin, la prise en compte de ces besoins permettrait de dégager un objet tiers, situé dans une dimension complexe dont les points cardinaux sont constitués non seulement par le vécu et les représentations du patient, mais aussi par celles du soignant.

## 5.4 Péroration

Au vu de ce qui précède, il conviendrait peut-être de clarifier l'  d  l de soin concernant l'isolement des patients en psychiatrie. Si celui-ci est d'obtenir une efficience totale de la mesure tout en abrogeant les ressentis négatifs du patient, il ne serait dès lors peut-être plus question d'  d  l de soin, mais purement et simplement d'  d  lisme. Toute la question est donc de savoir si l'amélioration du vécu des patients permettrait d'accroître l'efficacité thérapeutique de l'isolement. Il semblerait que le lien de cause à effet entre ces deux éléments ne soit pas aussi évident qu'il l'apparaissait en début de travail. D'autant plus que le vécu étant intimement lié aux émotions du patient et que, comme constaté précédemment, les émotions possèdent une visée adaptative, et l'isolement s'imposant comme un point de rupture dans l'hospitalisation, il s'avère difficile d'inhiber, voire de supprimer, ce vécu émotionnel.



## Conclusion

Arrivé au terme de cette revue de littérature, il m'est désormais possible d'appréhender l'isolement avec un recul précieux. Ce concept, initialement perçu comme s'avoisinant au Lévitique biblique, m'apparaît dorénavant emprunt d'un potentiel thérapeutique certain, si tant est qu'il soit utilisé avec raison et discernement.

Sur la base d'un questionnaire « candide », ce travail a permis de dégager certains éléments qui, je l'espère, permettront d'induire chez ses lecteurs, l'amorce d'une réflexion guidant nos gestes et nos attitudes dans l'application d'une mesure complexe mettant en jeu différents acteurs, et dont les impacts sur le patient peuvent se montrer primordiaux. En effet, c'est au prix de cette remise en question, idéalement constitutive de notre pratique professionnelle, que l'isolement pourrait perdre cette funeste étiquette qui est, *a priori*, la sienne, pour être considéré, tant par les patients que par les infirmiers, comme un soin à part entière.

En outre, il serait fort intéressant de reprendre ce thème dans le contexte d'un travail de niveau Master. En effet, cette démarche permettrait d'objectiver l'hypothèse selon laquelle l'émergence d'émotions négatives peut être considérée comme un lien de cause à effet avec des besoins négligés. Parallèlement, une recherche sur les liens existants entre le vécu des patients et celui des infirmiers pourrait être tout à fait pertinente. Elle permettrait de mettre en lumière les teintes émotionnelles propres aux perceptions de l'isolement par les équipes soignantes. Ce qui permettrait donc d'évaluer les possibles conséquences de cette perception sur la dimension thérapeutique de

l'isolement, en lien avec la neuvième règle de conduite de Jean-Pierre Vignat<sup>17</sup>, traitant des attitudes et des contre attitudes des équipes soignantes.

Et de conclure en citant Friedrich Nietzsche, qui introduisit d'ailleurs ce travail :

*« Il n'y a pas de phénomènes moraux, rien qu'une interprétation morale de phénomènes. »*

---

<sup>17</sup> Cf. page 23

## Références bibliographiques

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (1998). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*. Paris : Terra, J.-L. & all.
2. American Psychiatric Association. (1995). *Seclusion and restraint. The psychiatric uses. Washington (DC) : APA; 1985 Task Force Report 22*.
3. Begin, S. (1991). *Isolement et contentions : revue de la littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent*. Revue Canadienne de psychiatrie, 36, 725-759.
4. Commission Cantonale d'Ethique. (2004). *Réflexion de la Commission d'éthique quant au recours, en psychiatrie institutionnelle, à des mesures d'isolement de la personne*. Neuchâtel : Service de la santé publique.
5. Conseil International des Infirmières. (2006). *Code de déontologie du CII pour la profession infirmière*. Genève : CII.
6. Coon, D. (1994). *Introduction à la psychologie, exploration et application*. Laval :Beauchemin.
7. Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz.
8. El Badri, S. & Mellsop, G. (2008). *Patient and staff perspectives on the use of seclusion*. Australian Psychiatry, 16 (4), 248-252.
9. Foederatio Medicorum Helveticorum. (1996). *Code de déontologie de la FMH, Révision du 29 mai 2008*, Berne : FMH.
10. Friard, D. (1998). *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* Vincennes : Editions Hospitalières.
11. Goffman, E. (1968). *Asiles ; études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Editions de Minuit.

12. Hatam, S. (2009, 28 mai). *RE : Remerciements et petite question*. [Courrier électronique à Tristan Keller], [En ligne]. [tristan.keller@websud.ch](mailto:tristan.keller@websud.ch)
13. Hoekstra, T., Lendemeijer, H.H.G.M. & Jansen, M.G.M.J. (2004). *Seclusion : the inside story*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 276-283.
14. Holmes, D., Kennedy, S. & Perron, A. (2004). *The mentally ill and social exclusion : a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective*. Mental Health Nursing, 25 (6), 559-578.
15. Larivey, M. (2002). *La puissance des émotions : comment distinguer les vraies des fausses ?* Montréal : Editions de l'Homme.
16. Le Nouveau Petit Robert. (1991). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : Dictionnaires Le Robert.
17. Loi sanitaire (LS) du 14 décembre 1990. Jura : Office de la législation.
18. Loi sur la santé (LS) du 16 novembre 1999. Fribourg : Office de la législation.
19. Loi sur la santé (LS) du 6 février 1995. Neuchâtel : Office de la législation
20. Loi sur la santé (LS) du 7 avril 2006. Genève : Office de la législation.
21. Loi sur la santé (LS) du 9 février 1996. Valais : Office de la législation.
22. Loi sur la santé publique (LSP) du 2 décembre 1984. Berne : Office de la législation.
23. Loi sur la santé publique (LSP) du 29 mai 1985. Vaud : Office de la législation.
24. Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions, confrontation et évitement*. Bruxelles : De Boeck.
25. Martinez, R.J., Grimm, M. & Adamson, M. (1999). *From the other side of the door : patient views of seclusion*, Journal of psychosocial nursing, 97 (3), 13-22.

26. Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. (2003). *Staff and patient perceptions of seclusion : has anything changed ?* Journal of Advanced Nursing, 47 (1), 33-38.
27. Meehan, T., Vermeer C. & Windsor, C. (2000). *Patients' perceptions of seclusion : a qualitative investigation*, Journal of Advanced Nursing, 31 (2), 370-377.
28. Mouillerac, C. (2007). *Chambre d'isolement : du point de vue des patients. Impact d'un temps d'élaboration sur le vécu des patients après un séjour en chambre d'isolement dans une unité hospitalière de psychiatrie adulte*. Master 1 en psychologie clinique et psychopathologie, Université Paris 8.
29. Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). *Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Journal of Advanced Nursing, 33 (1), 89-97.
30. Organisation des Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Paris : ONU.
31. Organisation des Nations Unies. (1991). *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale*. Genève : Haut Commissariat aux droits de l'homme.
32. Palazzolo, J. (2002), *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*. Masson, Paris.
33. Palazzolo, J., (2004), *A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des patients*. L'Encéphale, 30 (3), 276-284.
34. Pro Mente Sana, (2008), *La contrainte se déguise*, Lettre trimestrielle No 41, Genève : Pro Mente Sana.
35. Rimé, B. & Scherer, K. (1989). *Textes de bases en psychologie : Les émotions*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
36. Sagduyu, K., Hornstra, R.K., Munro, S. & Bruce-Wolfe, V. (1995). *A comparison of the restraint and seclusion experiences of patients with*

*Schizophrenia or Other Psychotic Disorders*, Missouri Medicine, 92 (6), 303-307.

37. Stowers, C., Crane, C. & Fahy, M. (2002). *How patients and staff view the use of seclusion*. Nursing Times, 98 (42), 38-39.

## **ANNEXE A**

### ***Déclaration d'authenticité***

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, le 05.07.2009

Tristan Keller

## ANNEXE B

### *Grilles de lecture*

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El-Badri &amp; Mellsoy</li> <li>- 2008</li> <li>- Nouvelle Zélande</li> <li>- Anglais</li> </ul>	I
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire contenant deux sections : la première contenant 10 items concernant les attitudes et les perceptions en lien avec l'utilisation de l'isolement. La deuxième contenant des espaces libres dans lesquels les participants pouvaient s'exprimer librement sur l'isolement.</li> </ul>	
<b>Choix de l'échantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 138 membres de l'équipe soignante</li> <li>- 56 patients n'ayant jamais connu l'isolement</li> <li>- 55 patients ayant vécu l'isolement.</li> </ul>	
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.	
<b>But(s) de l'étude</b>	Investiguer les perceptions et les expériences des patients et de l'équipe soignante concernant l'utilisation de l'isolement dans un service psychiatrique	
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'utilisation de la chambre d'isolement</li> <li>2. L'impact émotionnel</li> </ol>	
<b>Résultats</b>	<p><u>Résultats quantitatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50% des patients ayant été isolés, environ 50% de l'équipe soignante et 75% des patients n'ayant jamais connu l'isolement le décrivent comme une expérience négative et affligeante pour le patient.</li> <li>- 50% des patients ayant été isolés se sont sentis négligés durant cette expérience alors que 20% se sont sentis soutenus.</li> <li>- Environ 75% des patients n'ayant jamais connus l'isolement et environ 50% de l'équipe soignante reconnaissent ce sentiment de négligence envers les patients isolés.</li> <li>- L'ensemble des participants s'accordait à dire que le patient isolé se sent plus stressé que soulagé</li> <li>- 50% des patients n'ayant jamais connu l'isolement, 75% de l'équipe soignante et 38% des patients ayant été isolés attribuaient un sentiment d'angoisse aux personnes isolées.</li> <li>- La majorité des participants pensent que la personne isolée ressent un sentiment d'impuissance.</li> <li>- 61% des patients et 15% de l'équipe soignante pense que la structure hospitalière serait « meilleure » sans chambre d'isolement.</li> <li>- 25% des patients et 38% de l'équipe soignante pensent que l'isolement est trop utilisé.</li> <li>- 25% des patients ayant connus l'isolement avouent ne pas avoir su quoi faire pour sortir de la chambre d'isolement.</li> </ul> <p><u>Résultats qualitatifs en lien avec le thème 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup de patients ont ressenti l'isolement comme une punition et se sont sentis comme des prisonniers, malgré le fait qu'il n'aient commis aucune action criminelle.</li> <li>- Beaucoup de patients décrivent les sentiments suivants, en lien avec leur expérience d'isolement : solitude, impuissance, peur, angoisse et maltraitance</li> <li>- Certains patients parlent de claustrophobie et d'ennui. Ils regrettent la non disponibilité de l'équipe soignante et l'impossibilité de recevoir des visites.</li> <li>- Le manque d'interaction avec l'équipe soignante induit, pour beaucoup de patients, un sentiment de maltraitance, d'irrespect, d'abus de pouvoir et de traitement inhumain.</li> <li>- Certains patients parlent de soulagement quant au fait de recevoir des soins appropriés et au fait de se sentir en sécurité.</li> <li>- D'autres patients affirment que l'isolement eut un effet apaisant et hypostimulant, les empêchant d'agir par impulsion.</li> </ul>	



<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoekstra, Lendemeijer &amp; Jansen</li> <li>- 2004</li> <li>- Anglais</li> <li>- Pays-Bas</li> </ul>	II
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude qualitative</li> <li>- Interviews semi structurés</li> </ul>	
<b>Choix de l'échantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 patients (3 femmes et 2 hommes âgés de 29-41 ans)</li> <li>- 2 cas de personnalité borderline, 2 cas de schizophrénie, 2 cas de troubles bipolaires et 1 cas de psychose récurrente.-</li> <li>- Tous ont connu une ou plusieurs expériences en chambre d'isolement</li> </ul>	
<b>Question(s) de recherche</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles sont, après un laps de temps considérable, les expériences vécues en chambre d'isolement par des patients psychiatriques chroniques ?</li> <li>2. Quel est le processus de coping de ces patients concernant l'isolement et quels facteurs ont des effets favorables ou prohibitifs</li> <li>3. Quels sont les effets de leurs expériences en chambre d'isolement sur les relations ultérieures avec les fournisseurs de soins ?</li> </ol>	
<b>But(s) de l'étude</b>	Obtenir une meilleure compréhension des expériences des patients chroniques placés en chambre d'isolement, le cheminement dans lequel ils se sont chargés de leurs expériences et les effets sur leurs ultérieures relations avec les fournisseurs de soins.	
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	<p><u>Trois concepts</u> : autonomie (1), confiance (2) et solitude (3)</p> <p>Chaque concept englobe des codes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dépendance, impuissance, humiliation, être surveillé, honte et perte</li> <li>2. Peur, suspicion, insécurité, oppression, méfiance, arbitraire, sécurité et acceptation</li> <li>3. Etre seul, ennui</li> </ol>	
<b>Résultats</b>	<p><u>En lien avec la première question de recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impuissance face à l'omnipotence de l'équipe infirmière (1)</li> <li>- Violation de l'autonomie (1)</li> <li>- Sentiment d'insécurité (2)</li> <li>- Important sentiment de solitude (3)</li> <li>- Baisse de la confiance en soi (2)</li> <li>- Peur des hallucinations induites par l'isolement (2)</li> <li>- Baisse de la confiance en soi pendant et après l'isolement (2)</li> </ul> <p><u>En lien avec la deuxième question de recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impossibilité de s'acclimater à la chambre d'isolement ou de faire face à la crise pour la majorité des personnes interrogées (2)</li> <li>- Le facteur temps favorise l'acceptation et le coping (2)</li> <li>- Non-respect des engagements pris par l'équipe (2)</li> <li>- Trouver des stratégies pour occuper l'esprit et pouvoir parler à d'autres personnes durant l'épisode d'isolement favorisent le coping. (3)</li> <li>- Les facteurs suivants ont une influence négative sur le coping : le danger de la récurrence, traitement inéquitable fourni par l'équipe durant l'isolement, confrontation avec d'autres personnes subissant un épisode d'isolement et le manque d'opportunités de discussion. (2)</li> </ul> <p><u>En lien avec la troisième question de recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des participants affirme que les expériences d'isolements n'affectent pas la relation avec l'équipe soignante.</li> <li>- Cependant si les expériences sont récurrentes, il y a une baisse de confiance en l'équipe soignante. (2)</li> <li>- L'équipe soignante représente pour la majorité des participants le contact social le plus important. (3)</li> </ul>	

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Holmes, Kennedy &amp; Perron</li> <li>- 2004</li> <li>- Anglais</li> <li>- Canada</li> </ul>	III
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude qualitative de conception phénoménologique</li> <li>- Interviews non dirigés</li> </ul>	
<b>Echantillon</b>	6 patients hospitalisés en service fermé et ayant vécu l'isolement	
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.	
<b>But(s) de l'étude</b>	Acquérir une meilleure compréhension du vécu des patients présentant des troubles psychiques persistants, placés en isolement.	
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impact émotionnels</li> <li>2. Perception du patient</li> <li>3. Stratégies de coping</li> </ol>	
<b>Résultats</b>	<p>Impacts émotionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiments exprimés par les patients : crainte, colère, tristesse, honte, humiliation, sentiments d'être abandonnés, sentiments d'être déprimés</li> <li>- Selon la plupart des patients, la colère serait la conséquence du verrouillage</li> <li>- Selon la plupart des patients, la solitude, le sentiment d'abandon, la tristesse et le sentiment d'être dépressif seraient la conséquence du manque de soins.</li> <li>- Selon certains patients les comportements clastiques et les propos injurieux seraient la conséquence de l'isolement</li> </ul> <p>Perception du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 seul patient évoque l'effet positif de l'isolement tandis que la majorité des patients évoque des effets négatifs</li> <li>- Selon la plupart des patients, l'isolement réveille et intensifie les sentiments d'être abandonné</li> <li>- Pour la plupart des patients, l'isolement est assimilé à une punition</li> <li>- La plupart des patients ont ressenti de la négligence et un manque de souci de la part du personnel soignant, notamment en ce qui concerne les besoins de bases : nourriture, élimination, sécurité...</li> <li>- La plupart des patients se sont sentis isolés de l'équipe soignante notamment par une absence de communication.</li> </ul> <p>Stratégies de coping</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitude résistante ou provocante vis-à-vis des consignes</li> <li>- Expression de la colère (cris, frappalements sur la porte, casse d'objet)</li> <li>- Attitude docile et entrée dans le jeu de l'isolement</li> <li>- Les comportements « négatifs » et « positifs » augmentent les interactions avec le personnel soignant</li> </ul>	

Etude (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Martinez, Grimm &amp; Adamson</li><li>- 1999</li><li>- Anglais</li><li>- USA</li></ul>	IV																																																
Devis & méthode	Distribution de questionnaires différenciés selon les deux groupes																																																	
Echantillon	<ul style="list-style-type: none"><li>- 69 patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique public</li><li>- 15 enfants, 13 adolescents et 41 adultes divisés en deux groupes : <u>Patients n’ayant pas été isolés dans cet hôpital :</u> 6 enfants, 5 adolescents et 5 adultes <u>Patients ayant déjà été isolés dans cet hôpital :</u> 9 enfants, 8 adolescents et 36 adultes</li></ul>																																																	
Question(s) de recherche	N.D.																																																	
But(s) de l’étude	<ul style="list-style-type: none"><li>- Investiguer les expériences vécues en isolement de la part des patients, y compris les sentiments associés, les pensées, ou les croyances.</li><li>- Permettre aux équipes soignantes, par le biais d’une compréhension plus profonde de ces expériences, de définir des soins appropriés pour les patients.</li></ul>																																																	
Thèmes centraux ressortant de l’analyse	N.D.																																																	
Résultats	<p><u>Patients ayant déjà été isolés dans cet hôpital</u> <u>% de patients adultes (% de l’ensemble des patients)</u></p> <table><tr><th>Sentiment d’être négligé</th><th>Neutre</th><th>Sentiment d’être soigné</th></tr><tr><td>73.3 % (61.7%)</td><td>10 % (10.6%)</td><td>16.7 % (27.7%)</td></tr><tr><th>Sentiment de peur</th><th>Neutre</th><th>Sentiment de sécurité</th></tr><tr><td>60 % (63.8%)</td><td>10 % (8.5%)</td><td>30 % (27.7%)</td></tr><tr><th>Sentiment de perte de contrôle</th><th>Neutre</th><th>Sentiment de contrôle</th></tr><tr><td>51.7 % (54.3%)</td><td>6.9 % (8.7%)</td><td>41.4 % (36.9%)</td></tr><tr><th>Sentiment de vulnérabilité</th><th>Neutre</th><th>Sentiment d’être protégé</th></tr><tr><td>68.8 % (61.2%)</td><td>6.3 % (14.2%)</td><td>25 % (24.5%)</td></tr><tr><th>Sentiment d’être dévalorisé</th><th>Neutre</th><th>Sentiment d’être valorisé</th></tr><tr><td>69 % (64.4%)</td><td>6.9 % (10.8%)</td><td>24.1 % (26.6%)</td></tr><tr><th>Sentiment de mal-être</th><th>Neutre</th><th>Sentiment de bien-être</th></tr><tr><td>55% (56.3%)</td><td>16 % (16.7%)</td><td>29 % (27%)</td></tr><tr><th>Isolement = punition</th><th>Neutre</th><th>Isolement = thérapie</th></tr><tr><td>79.4 % (76.5%)</td><td>5.9 % (7.8%)</td><td>14.7 % (15.7%)</td></tr><tr><th>Isolement trop utilisé</th><th>Isolement pas assez utilisé</th><th>Isolement correctement utilisé</th></tr><tr><td>54.5 % (62%)</td><td>6.1 % (6%)</td><td>39.4 % (34%)</td></tr></table>		Sentiment d’être négligé	Neutre	Sentiment d’être soigné	73.3 % (61.7%)	10 % (10.6%)	16.7 % (27.7%)	Sentiment de peur	Neutre	Sentiment de sécurité	60 % (63.8%)	10 % (8.5%)	30 % (27.7%)	Sentiment de perte de contrôle	Neutre	Sentiment de contrôle	51.7 % (54.3%)	6.9 % (8.7%)	41.4 % (36.9%)	Sentiment de vulnérabilité	Neutre	Sentiment d’être protégé	68.8 % (61.2%)	6.3 % (14.2%)	25 % (24.5%)	Sentiment d’être dévalorisé	Neutre	Sentiment d’être valorisé	69 % (64.4%)	6.9 % (10.8%)	24.1 % (26.6%)	Sentiment de mal-être	Neutre	Sentiment de bien-être	55% (56.3%)	16 % (16.7%)	29 % (27%)	Isolement = punition	Neutre	Isolement = thérapie	79.4 % (76.5%)	5.9 % (7.8%)	14.7 % (15.7%)	Isolement trop utilisé	Isolement pas assez utilisé	Isolement correctement utilisé	54.5 % (62%)	6.1 % (6%)	39.4 % (34%)
	Sentiment d’être négligé	Neutre	Sentiment d’être soigné																																															
	73.3 % (61.7%)	10 % (10.6%)	16.7 % (27.7%)																																															
	Sentiment de peur	Neutre	Sentiment de sécurité																																															
	60 % (63.8%)	10 % (8.5%)	30 % (27.7%)																																															
	Sentiment de perte de contrôle	Neutre	Sentiment de contrôle																																															
	51.7 % (54.3%)	6.9 % (8.7%)	41.4 % (36.9%)																																															
	Sentiment de vulnérabilité	Neutre	Sentiment d’être protégé																																															
	68.8 % (61.2%)	6.3 % (14.2%)	25 % (24.5%)																																															
	Sentiment d’être dévalorisé	Neutre	Sentiment d’être valorisé																																															
	69 % (64.4%)	6.9 % (10.8%)	24.1 % (26.6%)																																															
	Sentiment de mal-être	Neutre	Sentiment de bien-être																																															
	55% (56.3%)	16 % (16.7%)	29 % (27%)																																															
	Isolement = punition	Neutre	Isolement = thérapie																																															
	79.4 % (76.5%)	5.9 % (7.8%)	14.7 % (15.7%)																																															
	Isolement trop utilisé	Isolement pas assez utilisé	Isolement correctement utilisé																																															
	54.5 % (62%)	6.1 % (6%)	39.4 % (34%)																																															
	<table><tr><th>Sans isolement, les patients se sentiraient mieux (inutilité)</th><th>Sans isolement les patients se sentiraient moins bien (efficacité)</th></tr><tr><td>39.4 % (43.8%)</td><td>60.6 % (56.2%)</td></tr><tr><th>Conscience des comportements attendus pour sortir de l’isolement</th><th>Ignorance des comportements attendus pour sortir de l’isolement</th></tr><tr><td>51.5 % (60%)</td><td>48.5 % (40%)</td></tr></table>		Sans isolement, les patients se sentiraient mieux (inutilité)	Sans isolement les patients se sentiraient moins bien (efficacité)	39.4 % (43.8%)	60.6 % (56.2%)	Conscience des comportements attendus pour sortir de l’isolement	Ignorance des comportements attendus pour sortir de l’isolement	51.5 % (60%)	48.5 % (40%)																																								
	Sans isolement, les patients se sentiraient mieux (inutilité)	Sans isolement les patients se sentiraient moins bien (efficacité)																																																
	39.4 % (43.8%)	60.6 % (56.2%)																																																
Conscience des comportements attendus pour sortir de l’isolement	Ignorance des comportements attendus pour sortir de l’isolement																																																	
51.5 % (60%)	48.5 % (40%)																																																	
<p><u>Patients n’ayant pas été isolés dans cet hôpital :</u> <u>% de patients adultes (% de l’ensemble des patients)</u></p> <p>Quand un patient est placé en isolement, cela semble :</p> <table><tr><th>Nuisible</th><th>aucun effet</th><th>Utile</th></tr><tr><td>25% (33.3%)</td><td>25% (6.6%)</td><td>50% (60%)</td></tr><tr><th>Terrifiant</th><th>aucun effet</th><th>Sécurisant</th></tr><tr><td>75% (47%)</td><td>25% (6%)</td><td>- (47%)</td></tr><tr><th>Juste</th><th>aucun effet</th><th>Injuste</th></tr></table>		Nuisible	aucun effet	Utile	25% (33.3%)	25% (6.6%)	50% (60%)	Terrifiant	aucun effet	Sécurisant	75% (47%)	25% (6%)	- (47%)	Juste	aucun effet	Injuste																																		
Nuisible	aucun effet	Utile																																																
25% (33.3%)	25% (6.6%)	50% (60%)																																																
Terrifiant	aucun effet	Sécurisant																																																
75% (47%)	25% (6%)	- (47%)																																																
Juste	aucun effet	Injuste																																																

	- (50%)	100% (29%)	- (21%)
	Trop long	Durée adéquate	Pas assez long
	75% (73.3%)	25% (13.3%)	- (13.3%)
	Bien	Ni bien ni mal	Mal
	33.3% (36%)	33.3% (7%)	33.3% (57%)
	Destructeur	aucun effet	Thérapeutique
	33% (21.4%)	- (7.1%)	67% (71.4%)

Isolement trop utilisé	Isolement pas assez utilisé	Isolement correctement utilisé
20% (60%)	- (-)	80% (40%)

Sans isolement, les patients se sentiraient mieux	Sans isolement les patients se sentiraient moins bien
33 % (29%)	67 % (71%)

L'avis des patients

- Les chambres d'isolement sont trop sales, froides, malodorantes
- Il y a un manque flagrant d'intimité
- La mise en chambre d'isolement péjore la relation de confiance avec l'équipe soignante
- Besoin d'un espace sans porte close dans lequel il est possible d'aller de son plein gré pour se calmer, se détendre et faire baisser l'angoisse
- Besoin d'une horloge visible depuis la chambre d'isolement
- Besoin de pouvoir écouter de la musique, d'avoir un paquet de cartes pour jouer au solitaire, et besoin de papier et de crayon.

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meehan, Vermeer &amp; Windsor</li> <li>- 2000</li> <li>- Anglais</li> <li>- Australie</li> </ul>	V
<b>Devis &amp; méthode</b>	Etude qualitative avec interviews semi structurés et thématiques	
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 patients (7 hommes et 5 femmes) âgés de 18 à 52 ans hospitalisés dans deux unités de soins aigus d'un hôpital du Queensland</li> <li>- Ayant eut une expérience d'au moins 3 à 4 heures d'isolement dans les 7 jours précédant les interviews</li> <li>- Suffisamment stable pour participer à l'étude</li> <li>- Capable de parler et de comprendre l'anglais</li> <li>- Capable de fournir un consentement éclairé</li> </ul>	
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.	
<b>But(s) de l'étude</b>	Elargir la compréhension des processus interactionnels impliqués dans l'isolement	
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilisation de l'isolement</li> <li>2. Impact émotionnel</li> <li>3. Privation sensorielle</li> <li>4. Maintien du contrôle (coping)</li> <li>5. Interactions entre soignant et soigné</li> </ol>	
<b>Résultats</b>	<p><u>Utilisation de l'isolement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconnaissance du rôle de l'isolement dans le traitement des comportements agressifs, violents ou destructeurs, mais une majorité des patients relève un isolement inadéquat.</li> <li>- Manque d'informations concernant le temps passé en isolement et les comportements attendus en vue d'une sortie</li> <li>- Perception de la nature arbitraire du temps passé en isolement renforçant l'impression que l'isolement a plus de bénéfice pour l'équipe soignante que pour le patient</li> <li>- Utilisation injustifiée de la force pour le placement en isolement, le déshabillage et la confiscation des affaires personnelles.</li> <li>- Description de l'isolement comme une prison et confusion entre isolement thérapeutique et punition</li> <li>- 10 patients décrivent des alternatives à l'isolement : entretien personnel avec un soignant, unité de soins intensifs, médication appropriée, amélioration de la communication et de la franchise des soignants</li> <li>- Quelques patients décrivent l'isolement comme une mesure nécessaire pour préserver la sécurité et comme un milieu sécurisant dans lequel il retrouve le contrôle de leurs actions</li> </ul> <p><u>Impact émotionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressentiment de peur avant, durant et après la période d'isolement. Cette peur implique directement les soignants. La source de cette angoisse est directement issue du manque de discussion et de l'impossibilité de se défendre avant d'être placé en isolement. Pour d'autres elle est associée à l'intervention physique du placement en isolement.</li> <li>- Sentiment d'impuissance</li> <li>- Humiliation dans le déshabillage (concerne majoritairement les patients féminins)</li> <li>- Peur des espaces clos, des injections et des effets de la médication. Cette peur ne s'est pas dissipée lors de la sortie de la chambre d'isolement.</li> </ul> <p><u>Privation sensorielle</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la privation sensorielle provoque un ennui extrême, de l'agitation, de l'irritabilité et des sauts d'humeurs dramatiques</li> <li>- Conscience intensifiée des sons, difficulté à estimer le temps, modèles de pensées dysfonctionnelles et sensation de perte de contrôle</li> <li>- Fixations fréquentes sur le bruit de la ventilation</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment d'écrasement favorisant les expériences hallucinatoires et fantasques</li> </ul> <p><u>Maintien du contrôle (coping)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se parler à soi-même aide à garder le contrôle</li> <li>- Conscience des règles inexprimées de la chambre d'isolement : en étant calme et compliant, on obtient une levée rapide de l'isolement.</li> <li>- L'exposition de comportement qui pourrait être interprété par le personnel comme agressif aboutirait à la prolongation de l'épisode de solitude</li> <li>- La compliance (ou le jeu de l'isolement) est la clé pour la levée rapide de l'isolement</li> </ul> <p><u>Interactions entre soignants et soignés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le degré d'interaction avec l'équipe soignante est une source majeure d'insatisfaction</li> <li>- Une communication plus efficace concernant la chambre d'isolement et les comportements qui justifient son utilisation agirait comme une mesure préventive</li> <li>- Le fait de se sentir observer toutes les 15 minutes, sans aucune sorte de communication, est aussi une source d'insatisfaction.</li> <li>- Aucun débriefing après un épisode d'isolement</li> <li>- Perte de toute revendication d'individualité ou de droit durant l'épisode d'isolement.</li> </ul>
--	--

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Meehan, Bergen &amp; Fjeldsoe</li><li>- 2003</li><li>- Anglais</li><li>- Australia</li></ul>	VI																																																																																									
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conception d'enquête croisée avec questionnaires standardisés</li><li>- Questionnaire « <i>Attitudes to seclusion survey de Heyman</i> » (1987)</li><li>- Même questionnaire pour les patients que pour les infirmiers</li></ul>																																																																																										
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 29 patients (18 hommes et 11 femmes) dont 70% étaient âgés de plus de 30 ans. (Nombres d'expériences d'isolement : 60% &lt; 5, 18% entre 6 et 10 et 22% &gt; 10.)</li><li>- 60 infirmiers (32 hommes et 28 femmes) dont l'expérience en psychiatrie s'étend entre 1 et 25 ans.</li><li>- Dans une unité de 24 lits situé dans un hôpital général, dans une unité de soins aigus de 22 lits d'un établissement psychiatrique tertiaire et dans une unité de sécurité moyenne de 23 lits d'un établissement psychiatrique tertiaire</li><li>- Patients ayant vécu une expérience d'isolement dans les 12 mois précédents l'étude</li><li>- 14 jours de séparation entre l'épisode d'isolement et la réponse au questionnaire</li><li>- Consentement écrit pour les patients et oral pour le personnel soignant</li></ul>																																																																																										
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.																																																																																										
<b>But(s) de l'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explorer les perceptions des équipes soignantes et des patients en relation avec l'isolement</li><li>- Identifier les secteurs dans lesquels la conscience et l'enseignement pourrait améliorer la voie dans laquelle l'isolement est utilisé.</li><li>- Contraster et comparer le point de vue du personnel soignant et des patients dans quatre secteurs principaux: (1) les raisons de l'isolement, (2) les effets de l'isolement, (3) les perceptions des patients durant l'isolement et (4) les changements possibles dans la pratique de l'isolement.</li></ul>																																																																																										
<b>Résultats</b>	<p><u>Les raisons de l'isolement (I=infirmiers ; P=patients)</u></p> <table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">Jamais</th><th colspan="2">Parfois/Souvent</th></tr><tr><th>%I</th><th>%P</th><th>%I</th><th>%P</th></tr><tr><td>Refus de la médication</td><td>78</td><td>32</td><td>22</td><td>68</td></tr><tr><td>Auto-agressivité</td><td>11</td><td>4</td><td>89</td><td>96</td></tr><tr><td>Refus d'activités programmées</td><td>100</td><td>84</td><td>0</td><td>16</td></tr><tr><td>Risque de fugue</td><td>57</td><td>29</td><td>43</td><td>71</td></tr><tr><td>Demande l'isolement</td><td>54</td><td>32</td><td>46</td><td>68</td></tr><tr><td>Dérange les autres la nuit</td><td>63</td><td>40</td><td>37</td><td>60</td></tr><tr><td>Demande à aller au lit</td><td>98</td><td>88</td><td>2</td><td>12</td></tr><tr><td>Comportement sexuel inapproprié</td><td>48</td><td>36</td><td>52</td><td>64</td></tr><tr><td>Insultant</td><td>54</td><td>36</td><td>46</td><td>64</td></tr><tr><td>Hurlant, Bruyant</td><td>56</td><td>40</td><td>44</td><td>60</td></tr><tr><td>Excité ou hors de contrôle</td><td>19</td><td>4</td><td>81</td><td>96</td></tr><tr><td>Casse du matériel</td><td>5</td><td>16</td><td>95</td><td>84</td></tr><tr><td>Ennui les autres</td><td>63</td><td>52</td><td>37</td><td>48</td></tr><tr><td>Frappe l'équipe soignante</td><td>2</td><td>4</td><td>98</td><td>96</td></tr><tr><td>Frappe des patients</td><td>2</td><td>8</td><td>98</td><td>92</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			Jamais		Parfois/Souvent		%I	%P	%I	%P	Refus de la médication	78	32	22	68	Auto-agressivité	11	4	89	96	Refus d'activités programmées	100	84	0	16	Risque de fugue	57	29	43	71	Demande l'isolement	54	32	46	68	Dérange les autres la nuit	63	40	37	60	Demande à aller au lit	98	88	2	12	Comportement sexuel inapproprié	48	36	52	64	Insultant	54	36	46	64	Hurlant, Bruyant	56	40	44	60	Excité ou hors de contrôle	19	4	81	96	Casse du matériel	5	16	95	84	Ennui les autres	63	52	37	48	Frappe l'équipe soignante	2	4	98	96	Frappe des patients	2	8	98	92					
	Jamais			Parfois/Souvent																																																																																							
	%I	%P	%I	%P																																																																																							
Refus de la médication	78	32	22	68																																																																																							
Auto-agressivité	11	4	89	96																																																																																							
Refus d'activités programmées	100	84	0	16																																																																																							
Risque de fugue	57	29	43	71																																																																																							
Demande l'isolement	54	32	46	68																																																																																							
Dérange les autres la nuit	63	40	37	60																																																																																							
Demande à aller au lit	98	88	2	12																																																																																							
Comportement sexuel inapproprié	48	36	52	64																																																																																							
Insultant	54	36	46	64																																																																																							
Hurlant, Bruyant	56	40	44	60																																																																																							
Excité ou hors de contrôle	19	4	81	96																																																																																							
Casse du matériel	5	16	95	84																																																																																							
Ennui les autres	63	52	37	48																																																																																							
Frappe l'équipe soignante	2	4	98	96																																																																																							
Frappe des patients	2	8	98	92																																																																																							

#### Effets de l'isolement sur le patient

	Jamais		Parfois / souvent	
	%I	%P	%I	%P
Améliore l'état du patient	7	72	93	28
Apaise le patient en l'éloignant des sources d'excitation	2	50	98	50
Aide le patient à se calmer	0	33	100	67
Eloigne le patient des autres patients le vexant	0	39	100	71
Donne au patient un sentiment de frustration	0	4	100	96
Donne au patient un sentiment de punition	2	8	98	92
Aide le patient à se sentir mieux à sa sortie de l'isolement	2	11	98	89
Permet l'expression de sentiments dans une voie non-pertubatrice	12	36	88	64
Fait ressentir au patient un sentiment de colère envers les soignants	2	15	98	85
Permet au patient de savoir que c'est un soin d'équipe	34	46	66	54

#### Ce que ressentent les infirmiers en plaçant le patient en isolement

	Jamais		Parfois / souvent	
	%I	%P	%I	%P
Sensation de pouvoir sur le patient	84	15	16	85
Le patient a obtenu ce qu'il mérite	73	28	27	72
Culpabilité ou pressentiments de nécessité du patient isolé	60	23	40	77
Satisfait que les alternatives ne soient pas efficaces	14	16	86	84
Ennuyé que le patient demande à être isolé	44	19	56	81
Utile au patient	2	23	98	77
Sentiment d'avoir réglé le problème	3	16	97	84
Sentiment d'être en sécurité en enfermant le patient	7	8	93	92
Ennuyé que d'autres mesures n'aient pas été prises pour prévenir l'isolement	9	23	91	77

#### Les changements possibles

- 22% des patients et 2% du personnel soignant sont pour une abolition de l'isolement.
- 64% estiment qu'une augmentation d'effectif, plus d'infirmiers hommes ou plus de personnel expérimenté (dont des docteurs es soins infirmiers) ne permettrait pas à une institution de supprimer les chambres d'isolement.
- 63% des patients pensent qu'une augmentation du personnel soignant permettrait d'abaisser le besoin de chambre d'isolement.
- 82% des patients aimerait avec recours à l'isolement uniquement quand il ressent le besoin d'être seuls. 54% du personnel soignant approuve cela.
- 92% des patients pensent que l'isolement devrait être réservé uniquement à des personnes qui se mettent en danger, ou mettent en danger les autres. 60 % du personnel soignant approuve ce point de vue



<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mouillerac</li><li>- 2007</li><li>- français</li><li>- France</li></ul>	VII																								
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Etude qualitative transversale</li><li>- Entretiens semi directifs, standardisés par un guide d'entretien prenant en compte la forte proportion de malades psychotiques, et notamment schizophrènes, présents dans l'unité, et les données épidémiologiques relevées dans la première partie du mémoire</li></ul>																									
<b>Echantillon</b>	11 patients hospitalisés ayant été isolés au minimum 15 jours avant l'étude et au maximum 2 ans																									
<b>Question(s) de recherche</b>	NS																									
<b>But(s) de l'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Recueillir des témoignages permettant d'évaluer le vécu de patients par rapport à une pratique thérapeutique</li><li>- Comprendre l'expérience des patients et les interprétations qu'ils en font</li><li>- Connaître le retentissement de ce soin sur les patients, dans une perspective d'amélioration des pratiques thérapeutiques.</li></ul>																									
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ressentis</li><li>2. Notion de Soins Intensifs</li><li>3. Notion d'utilité</li><li>4. Temps de parole</li></ol>																									
<b>Résultats</b>	<u>Ressentis</u>																									
	<table><tr><td></td><td>Pourcentage de patients</td></tr><tr><td>Apaisement</td><td>81.81%</td></tr><tr><td>Tensions internes</td><td>72.72%</td></tr><tr><td>Mal être</td><td>72.72%</td></tr><tr><td>Ennui, perturbation par rapport au temps</td><td>72.72%</td></tr><tr><td>Solitude</td><td>63.63%</td></tr><tr><td>Angoisse, peur</td><td>54.54%</td></tr><tr><td>Sensation d'enfermement</td><td>54.54%</td></tr><tr><td>Punition</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>Colère</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>Sensation positive</td><td>27.27%</td></tr><tr><td>Tristesse</td><td>27.27%</td></tr></table>			Pourcentage de patients	Apaisement	81.81%	Tensions internes	72.72%	Mal être	72.72%	Ennui, perturbation par rapport au temps	72.72%	Solitude	63.63%	Angoisse, peur	54.54%	Sensation d'enfermement	54.54%	Punition	36.36%	Colère	36.36%	Sensation positive	27.27%	Tristesse	27.27%
		Pourcentage de patients																								
	Apaisement	81.81%																								
	Tensions internes	72.72%																								
	Mal être	72.72%																								
	Ennui, perturbation par rapport au temps	72.72%																								
	Solitude	63.63%																								
	Angoisse, peur	54.54%																								
	Sensation d'enfermement	54.54%																								
	Punition	36.36%																								
	Colère	36.36%																								
	Sensation positive	27.27%																								
	Tristesse	27.27%																								
	<u>Notion de soins intensifs (SI)</u>																									
	<table><tr><td></td><td>Pourcentage de patients</td></tr><tr><td>Aucune notion de SI</td><td>81.81%</td></tr><tr><td>SI parce qu'absence de stimulations</td><td>45.45%</td></tr><tr><td>SI parce que plus d'attention des soignants</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>SI parce que cocooning</td><td>18.18%</td></tr><tr><td>SI parce que possibilité d'être contenu physiquement</td><td>9.09%</td></tr><tr><td>SI parce que plus de médicaments</td><td>9.09%</td></tr></table>			Pourcentage de patients	Aucune notion de SI	81.81%	SI parce qu'absence de stimulations	45.45%	SI parce que plus d'attention des soignants	36.36%	SI parce que cocooning	18.18%	SI parce que possibilité d'être contenu physiquement	9.09%	SI parce que plus de médicaments	9.09%										
		Pourcentage de patients																								
	Aucune notion de SI	81.81%																								
	SI parce qu'absence de stimulations	45.45%																								
	SI parce que plus d'attention des soignants	36.36%																								
SI parce que cocooning	18.18%																									
SI parce que possibilité d'être contenu physiquement	9.09%																									
SI parce que plus de médicaments	9.09%																									
<u>Notion d'utilité</u>																										
<table><tr><td></td><td>Pourcentage de patients</td></tr><tr><td>A calmer</td><td>63.63%</td></tr><tr><td>A rien</td><td>54.54%</td></tr><tr><td>A améliorer la relation aux soignants</td><td>54.54%</td></tr><tr><td>A soigner</td><td>45.45%</td></tr><tr><td>A recadrer</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>A faire le point</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>A arrêter quand ça dérape</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>A faire une évaluation</td><td>36.36%</td></tr><tr><td>A protéger de soi-même et des autres</td><td>27.27%</td></tr><tr><td>A se rassembler</td><td>27.27%</td></tr><tr><td>A trouver un bon dosage</td><td>18.18%</td></tr></table>			Pourcentage de patients	A calmer	63.63%	A rien	54.54%	A améliorer la relation aux soignants	54.54%	A soigner	45.45%	A recadrer	36.36%	A faire le point	36.36%	A arrêter quand ça dérape	36.36%	A faire une évaluation	36.36%	A protéger de soi-même et des autres	27.27%	A se rassembler	27.27%	A trouver un bon dosage	18.18%	
	Pourcentage de patients																									
A calmer	63.63%																									
A rien	54.54%																									
A améliorer la relation aux soignants	54.54%																									
A soigner	45.45%																									
A recadrer	36.36%																									
A faire le point	36.36%																									
A arrêter quand ça dérape	36.36%																									
A faire une évaluation	36.36%																									
A protéger de soi-même et des autres	27.27%																									
A se rassembler	27.27%																									
A trouver un bon dosage	18.18%																									

	<u>Temps de parole</u>	
		Pourcentage de patients
	Pas de temps de parole	81.81%
	Des consignes plutôt que des temps de parole	72.72%
	Les soignants sont pressés	36.36%
	Cela manque	9.09%

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olofsson &amp; Norberg</li> <li>- 2000</li> <li>- Anglais</li> <li>- Suède</li> </ul>			VIII
<b>Devis &amp; méthode</b>	Etude qualitative descriptive-exploratrice			
<b>Echantillon</b>	Triades de 7 individus dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 patients âgés de 19-38 ans</li> <li>- 7 infirmiers âgés de 35-56 ans</li> <li>- 7 médecins âgés de 39-55 ans</li> </ul>			
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.			
<b>But(s) de l'étude</b>	Augmenter la compréhension des expériences des patients, des infirmiers et des médecins en lien avec l'utilisation de mesures coercitives.			
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	N.D.			
<b>Résultats</b>		Patients	Infirmiers	Médecins
	Mesures visant à responsabiliser le patient et délimiter le cadre thérapeutique		X	X
	Mesures imposées par autrui et ne responsabilisant pas le patient	X		
	Mesures nécessaires, spécialement en début d'hospitalisation	x		
	Mesures perçues négativement	X		
	Incompréhension quant à l'imposition de telles mesures	X		
	Mesures visant à protéger et à calmer le patient	X	X	X
	Mesures prévenant les actes agressifs	x		
	Mesures visant à créer une alliance thérapeutique avec le patient		X	X
	Mesures visant à fournir une opportunité de travailler avec le patient		X	X
	Mesures créant un sentiment de sécurité chez les infirmières, spécialement le week-end.	X		X
	Mesures utilisées comme punition, en lien avec l'infraction de règles propres au service	X		
	Mesures visant à faciliter le travail de l'équipe soignante	X		
	Mesures créant un sentiment d'insécurité pour le patient (violation de l'intégrité, sentiment de chaos et de déshumanisation)	X		
	Mesures générant un trouble chez les patients ne comprenant pas le pourquoi de leurs utilisations	X	X	X
	Mesures utilisées au détriment de la prise de temps pour l'écoute et la discussion	X		
	Le manque de contact avec l'équipe soignante génère des sentiments de peur, d'abandon et d'angoisse	X	X	X

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Palazzolo</li><li>- 2004</li><li>- Français</li><li>- France</li></ul>	IX		
<b>Devis &amp; méthode</b>	Etude descriptive avec entretiens semi structurés			
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 67 patients de 17 à 62 ans ayant été isolés dans les six derniers mois, hospitalisés dans une unité de 75 lits, possédant une chambre d'isolement et deux chambre de sécurité pouvant être fermées à clé</li><li>- Interrogés au cours des 3 premiers jours d'isolement et 24 heures après la levée de la mesure.</li></ul>			
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.			
<b>But(s) de l'étude</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mettre en évidence la manière dont les sujets appréhendent leur propre expérience de l'isolement</li><li>- Décrire leurs ressentis avant et après l'application de la mesure</li><li>- Voir de quelle façon une telle procédure peut affecter l'individu lui-même ou les autres personnes hospitalisées</li></ul>			
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	N.D			
<b>Résultats</b>	<u>Emotions ressenties par les patients durant leur isolement (en %)</u>			
		1 <sup>er</sup> jour	2 <sup>ème</sup> jour	3 <sup>ème</sup> jour
	Colère	40.3	9	0
	Anxiété	14.9	3	0
	Culpabilité	11.9	0	0
	Impuissance	10.4	0	0
	Peur	9	0	0
	Injustice	6	6	0
	Tristesse	4.5	7.5	0
	Solitude	0	6	0
	Désespoir	0	4.5	0
	Honte	0	0	3
	Apathie	0	1.4	0
	Indifférence	3	0	6
	Amélioration	0	20.9	14.9
	Soulagement	0	10.4	3
	Détente	0	7.5	4.5
	Apaisement	0	7.5	28.4
	Sécurité	0	4.5	17.9
	Repos	0	0	13.4
	Confort	0	1.4	0
	Réussite	0	0	4.5
	Fierté	0	0	3
	Aucune émotion	0	10.4	1.4
	<u>Comportement après la sortie de la chambre d'isolement (en %)</u>			
	Reprise d'un comportement habituel	15		
	Débordement d'énergie	9		
	Changement favorable de comportement envers le personnel soignant	46		
	Changement défavorable de comportement envers le personnel soignant	16		
	Comportement ambivalent envers le personnel soignant	4		
	Changement favorable de comportement envers les autres patients	19		
	Changement défavorable de comporemement envers les autres patients	4		

Sensation et émotion après la sortie de la chambre d'isolement (en %)

Impatience de sortir de l'hôpital	23
Joie de revoir les proches	12
Satisfaction	10
Amélioration de l'état	8
Nécessité de poursuivre le traitement pharmacologique	8
Peur de la solitude dans la société	3
Envie de fumer	3
Evitement de tout contact avec le personnel soignant (avec crainte d'être isolé)	1
Changement favorable dans l'attitude du personnel soignant (plus d'attention, plus d'accompagnement)	31
Changement défavorable dans l'attitude du personnel soignant (agressivité, rejet)	20
Changement favorable dans l'attitude des autres patients (plus de soutien)	30
Changement défavorable dans l'attitude des autres patients (crainte, évitement)	9

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sagduyu, Hornstra, Munro &amp; Bruce-Wolfe</li><li>- 1995</li><li>- Anglais</li><li>- USA</li></ul>	X	
<b>Devis &amp; méthode</b>	Distribution de questionnaire		
<b>Echantillon</b>	50 patients souffrant de schizophrénie ou d’autres troubles psychotiques dont : <ul style="list-style-type: none"><li>- 25 patients ayant été restreints dont l’âge moyen est de 29.4 ans</li><li>- 25 patients ayant été isolés dont l’âge moyen est de 36.6 ans.</li></ul>		
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.		
<b>But(s) de l’étude</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprendre comment l’isolement et les mesures de contraintes sont ressenties par les patients</li><li>- Comparer les perceptions propres aux deux groupes (patients restreints et patients isolés)</li></ul>		
<b>Thèmes centraux ressortant de l’analyse</b>	N.D.		
<b>Résultats</b>	<u>Données statistiques</u>		
		Patients restreints (n=25)	Patients isolés (n=25)
	Durée moyenne de la mesure	4 heures	2 heures
	Patients médiqués durant le mesures	72% (58% dormiront)	44% (80% dormiront)
	<u>Résultats</u>		
		Patients restreints (n=25)	Patients isolés (n=25)
	Impacts négatifs de la mesure (horrible, terrible, solitude, impuissance)	75%	58%
	Présence de rêves	4%	24%
	Présence de cauchemar	16%	0%
	En accord avec l’équipe soignante quant aux raisons ayant conduit à l’établissement de la mesure	48%	24%
	Sentiments négatifs envers l’équipe soignante durant la mesure	89%	73%
	Aucune conversation avec l’équipe durant la mesure	60%	68%
	Reprise d’une activité quotidienne normale à la levée de la mesure	Une majorité	Une majorité
	Sentiment de colère perdurant après la levée de la mesure	6%	6%

<b>Etude</b> (Auteurs, année, langue, localisation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stowers, Crane &amp; Fahy</li> <li>- 2002</li> <li>- Anglais</li> <li>- Angleterre</li> </ul>	XI
<b>Devis &amp; méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mis en place d'interviews structurées et individuelles</li> <li>- Questions identiques pour les patients et les infirmiers</li> </ul>	
<b>Echantillon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 patients ayant connu un épisode d'isolement durant l'étude</li> <li>- 18 infirmiers ayant participé à un épisode d'isolement durant l'étude</li> </ul>	
<b>Question(s) de recherche</b>	N.D.	
<b>But(s) de l'étude</b>	Comparer, en lien avec l'isolement, les perceptions des patients et des infirmiers	
<b>Thèmes centraux ressortant de l'analyse</b>	N.D.	
<b>Résultats</b>	<u>Aire d'accord entre patients et infirmiers</u>	
	Patients (n=6)	Infirmiers (n=6)
	Le patient désirait-il être placé en isolement ?	
	Oui = 36%	Oui = 35%
	L'isolement était-il justifié ?	
	Oui = 82%	Oui = 100%
	L'isolement affecte-t-il la suite de la prise en charge du patient ?	
	Indécis/Ambivalent = 67%	Non = 80%
	L'isolement est-il une mesure nécessaire ?	
	Oui = 82%	Oui = 100%
	L'isolement est-il une mesure efficace ?	
	Oui = 100%	Oui = 100%
	L'isolement est-il une mesure acceptable ?	
	Oui = 82%	Oui = 80%
	<u>Aire de désaccord entre patients et infirmiers</u>	
	Patients (n=6)	Infirmiers (n=6)
	Quels ont été les ressentis des patients et des infirmiers durant l'isolement ?	
	Angoissé/Bouleversé = 83% En sécurité = 17%	Triste / désappointé / en conflit = 35% Soulagé=65%
	Est-il possible de prévenir des épisodes d'isolement ?	
	Oui = 50% Non = 33% Ne sais pas = 17%	Oui = 35% Non = 55% Ne sais pas = 10%
	Effet de l'isolement sur les autres patients	
	Pas de réponse = 33% Ne sais pas = 33% Effets négatifs = 33%	Ne sais pas = 52% Effets négatifs = 17% Pas d'effet = 17% Effets positifs = 17%

## ANNEXE C

### *Synthèse transversale des qualificatifs négatifs relevés dans les études*

Qualificatif de l'isolement	Occurrence % (n=11)	Auteurs	%
Peur	72.72	Olofsson & Norberg (2000) Mouillerac (2007) Meehan & all. (2000) Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008) Hoekstra & all. (2004) Martinez & all. (1999) Holmes & all. (2004)	>50 54 N.D. 9 N.D. N.D. 60 N.D.
Punition	54.54	Olofsson & Norberg (2000) Meehan & all. (2003) Mouillerac (2007) El-Badri & Mellsop (2008) Holmes & all. (2004) Martinez & all. (1999)	>50 92 36 N.D. N.D. 76.5
Solitude	45.45	Mouillerac (2007) Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008) Hoekstra & all. (2004) Holmes & all. (2004)	63 6 N.D. N.D. N.D.
Colère	36.36	Meehan & all. (2003) Mouillerac (2007) Palazzolo (2004) Holmes & all. (2004)	98 36 40-9 N.D.
Angoissant	36.36	Stowers & all. (2002) Olofsson & Norberg (2000) Mouillerac (2007) El-Badri & Mellsop (2008)	83 >50 54 38
Impuissance	36.36	Meehan & all. (2000) Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008) Hoekstra & all. (2004)	N.D. 10.4 >50 N.D.
Aucune conversation/contact avec l'équipe	27.27	Sagduyu & all. (1995) Meehan & all. (2000) Holmes & all. (2004) El-Badri & Mellsop (2008)	63 N.D. N.D. N.D.
Tristesse	27.27	Mouillerac (2007) Palazzolo (2004) Holmes & all. (2004)	27 4.5-7.5 N.D.
Ennui	27.27	Mouillerac (2007)	72



		Meehan & all. (2000) El-Badri & Mellso (2008)	N.D. N.D.
Négligeance	27.27	El-Badri & Mellso (2008) Holmes & all. (2004) Martinez & all. (1999)	50 N.D. 61.7
Abandon	18.08	Olofsson & Norberg (2000) Holmes & all. (2004)	>50 >50
Mal-être	18.08	Mouillerac (2007) Martinez & all. (1999)	72 56.3
Prison	18.08	Meehan & all. (2000) El-Badri & Mellso (2008)	N.D. N.D.
Humiliation	18.08	Meehan & all. (2000) Holmes & all. (2004)	N.D. N.D.
Perte de contrôle	18.08	Meehan & all. (2000) Martinez & all. (1999)	N.D. 51.7
Insécurité	18.08	Olofsson & Norberg (2000) Hoekstra & all. (2004)	>50 N.D.
Honte	18.08	Palazzolo (2004) Holmes & all. (2004)	3 N.D.
Inutile	18.08	Mouillerac (2007) Martinez & all. (1999)	54 39.4
Injustifié	9.09	Meehan & all. (2000)	N.D.
Imposée et ne responsabilisant pas	9.09	Olofsson & Norberg (2000)	>50
Facilitant le travail de l'équipe	9.09	Olofsson & Norberg (2000)	>50
Aucune notion de soin	9.09	Mouillerac (2007)	82
Changement comportemental défavorable envers équipe	9.09	Palazzolo (2004)	16
Comportement ambivalent envers l'équipe	9.09	Palazzolo (2004)	4
Changement comportemental défavorable envers patients	9.09	Palazzolo (2004)	4
Incompréhension quant au but	9.09	Olofsson & Norberg (2000)	>50
Présence de cauchemar	9.09	Sagduyu & all. (1995)	0
Manque d'information	9.09	Meehan & all. (2000)	N.D.
Arbitraire	9.09	Meehan & all. (2000)	N.D.
Ecrasement	9.09	Meehan & all. (2000)	N.D.
Anxiété	9.09	Palazzolo (2004)	14.9-3
Culpabilité	9.09	Palazzolo (2004)	11.9
Injustice	9.09	Palazzolo (2004)	6
Désespoir	9.09	Palazzolo (2004)	4.5
Sécurisant l'équipe soignante	9.09	Olofsson & Norberg (2000)	>50
Frustration	9.09	Meehan & all. (2003)	98
Tensions interne	9.09	Mouillerac (2007)	72
Indésiré	9.09	Stowers & all. (2002)	64
Négativement perçue	9.09	Olofsson & Norberg (2000)	>50

Impact négatif	9.09	Sagduyu & all. (1995)	58
Ressenti négatif envers l'équipe	9.09	Sagduyu & all. (1995)	73
Apathie	9.09	Palazzolo (2004)	1.4
Indifférence	9.09	Palazzolo (2004)	3-6
Affligeante	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	50
Stressé	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	100
Maltraitance	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	N.D.
Irrespect	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	N.D.
Abus de pouvoir	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	N.D.
Inhumain	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	N.D.
Violation de l'autonomie	9.09	Hoekstra & all. (2004)	N.D.
Baisse de la confiance en soi	9.09	Hoekstra & all. (2004)	N.D.
Déprimé	9.09	Holmes & all. (2004)	N.D.
Vulnérabilité	9.09	Martinez & all. (1999)	61.2
Dévalorisation	9.09	Martinez & all. (1999)	69
Trop utilisé	9.09	Martinez & all. (1999) El Badri & Mellsop (2008)	54.5 25
Pas assez utilisé	9.09	Martinez & all. (1999)	6.1
Ecrasement	9.09	Meehan & all. (2000)	N.D.
Evitable	9.09	Stowers & all. (2002)	50

## ANNEXE D

### *Synthèse transversale des qualificatifs positifs relevés dans les études*

Qualificatifs de l'isolement	Occurrence % (n=11)	Auteurs	%
Sécurisant	45.45	Stowers & all (2000) Meehan & all. (2000) Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008) Martinez & all. (1999)	17 N.D. 4.5-17.9 N.D. 30
Notion de soins	36.36	Meehan & all. (2003) Mouillerac (2007) Meehan & all. (2000) Martinez & all. (1999)	66 <19> N.D. 16.7-14.7
Apaisant	36.36	Meehan & all. (2003) Mouillerac (2007) Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008)	98 81 7.5-28.4 N.D.
Nécessaire	27.27	Stowers & all (2000) Olofsson & Norberg (2000) Meehan & all. (2000)	82 <50 N.D.
Protégeant	27.27	Olofsson & Norberg (2000) Mouillerac (2007) Martinez & all. (1999)	<50 27 25
Soulageant	18.18	Palazzolo (2004) El-Badri & Mellsop (2008)	10.4-3 N.D.
Souhaité	18.18	Stowers & all (2000) Meehan & all. (2003)	36 46
Justifié	18.08	Stowers & all (2000) Sagduyu & all. (1995)	82 24
Efficace	18.08	Stowers & all (2000) Martinez & all (1999)	100 60.6
Améliorant	18.08	Palazzolo (2004) Meehan & all. (2003)	20.9-14.9 93
Favorisant l'expression	9.09	Meehan & all. (2003)	88
Acceptable	9.09	Stowers & all (2000) Hoekstra & all. (2004)	82 N.D.
Normalisant	9.09	Sagduyu & all. (1995)	>50
Alliance thérapeutique	9.09	Mouillerac (2007)	54
Recadrant	9.09	Mouillerac (2007)	36
Reprise d'un comportement normal	9.09	Palazzolo (2004)	15
Changement comportemental positif envers équipe	9.09	Palazzolo (2004)	16-31

Changement comportemental positif envers patients	9.09	Palazzolo (2004)	19-30
Effet positif	9.09	Holmes & all. (2004)	16
Soutenu	9.09	El-Badri & Mellsop (2008)	20
Contrôle	9.09	Martinez & all. (1999)	41.4
Présence de rêve	9.09	Sagduyu & all. (1995)	24
Détente	9.09	Palazzolo (2004)	7.5-4.5
Reposant	9.09	Palazzolo (2004)	13.4
Confort	9.09	Palazzolo (2004)	1.4
Bien-être	9.09	Martinez & all. (1999)	29
Sensation positive	9.09	Mouillerac (2007)	27
Réussite	9.09	Palazzolo (2004)	4.5
Fierté	9.09	Palazzolo (2004)	3
Correctement utilisé	9.09	Martinez & all. (1999)	39.4
Valorisation	9.09	Martinez & all. (1999)	24.1
Faire le point	9.09	Mouillerac (2007)	36.36
Rassemblant	9.09	Mouillerac (2007)	27.27
Evaluation médicale	9.09	Mouillerac (2007)	36.36
Inévitable	9.09	Stowers & all. (2002)	33

## ANNEXE E

### *Le référentiel ANAES de mise en chambre d'isolement et ses 23 critères (1998)*

1. Les données concernant l'identité, les dates et heures de début et de fin de MCI sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.
9. L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
10. L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
11. La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
12. Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
13. En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
14. Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de

l'isolement.

15. Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
16. Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
17. Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
18. La surveillance biologique prescrite est réalisée.
19. Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
20. Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
21. L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
22. L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
23. Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident ...) sont intégrés au dossier du patient.